



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO

**Escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática
de gestantes sobre incontinência urinária:
construção e validação de conteúdo**

FORTALEZA

2017

MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE
GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Educação em saúde.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F557e Firmiano, Mariana Luisa Veras.
Escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária: :
construção e validação de conteúdo / Mariana Luisa Veras Firmiano. – 2018.
139 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

1. Incontinência urinária. 2. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. 3. Gestantes. 4. Estudos de
validação. 5. Pesquisa metodológica em Enfermagem. I. Título.

CDD 610.73

MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE
GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes
Universidade de Campinas (UNICAMP)

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dr. José Ananias Vasconcelos Neto
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

Dedico este trabalho a minha família e a todos que confiaram no meu potencial. Ao meu grupo de pesquisa NEPPSS, tudo que fiz foi, também, por ele.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por se fazer presente nos detalhes da minha vida, me fazendo crer e aguardar a revelação de seus propósitos. Sigo confiando em Vós.

À minha família pelo amor incondicional. Obrigada por todo zelo e dedicação que me fizeram ser quem sou hoje, lutar pelos meus sonhos. Minhas conquistas são, também, suas e sei que vivenciam todas elas tanto quanto eu.

Ao meu amor. Felipe Limaverde obrigada por todo o cuidado, incentivo e confiança, você sempre confiou em mim antes mesmo do que eu. Seu esforço não foi menor do que o meu para que esse trabalho fosse concluído, esteve sempre presente zelando por nossa família, amorosamente compreendendo meus períodos de cansaço e isolamento. Não há nada que não possamos construir juntos.

Aos meus filhos. Sei que sentiram as dificuldades desses dias, mas espero que consigam absorver que com dedicação e respeito somos capazes de tudo. João e Davi obrigada pelos carinhos restauradores.

À Dayana Maia Saboia, minha amiga, o presente que o mestrado me trouxe. Sou admiradora da mulher generosa que é. Os momentos de escuta e gargalhadas foram decisivos para o meu rendimento. Sua amizade não me deixou esquecer dos propósitos de Deus.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Camila Teixeira Moreira Vasconcelos. Com suas orientações entendi que tudo o que fosse plantado e colhido nesse período seriam resultados de um trabalho coletivo, que haveria parceria para momentos de desafios e de conquistas. Obrigada por ter acreditado em mim. Sou muito agradecida por tê-la conhecido, ficou em mim seu exemplo de determinação.

À Prof^a Dr^a Monica Oliveira Batista Oriá. Tenho memórias muito nítidas dos momentos de suas aulas na graduação, foi ali que me encantei pela obstetrícia. Reencontrá-la na pós-graduação foi perceber de imediato que teria sempre por perto uma referência de competência e de amizade. Obrigada por todas as orientações acadêmicas e pessoais que me nortearam desde aquele tempo.

Às minhas amigas de trabalho, uma equipe grande da MEAC, especialmente as enfermeiras e técnicas de enfermagem do centro obstétrico, que tanto admiro e pacientemente compreenderam a importância desse momento para mim. Vamos todas crescer juntas, aliar nossa prática a ciência, elevando a qualidade da assistência e dando visibilidade científica à nossas competências. Somos modelo.

Aos diretores da MEAC, especialmente à Dra Simone Meireles, que apostaram que meu crescimento profissional também seria o crescimento da instituição. Estarei atenta para retribuir o apoio constante.

À amiga Cinthia Esteche por todo apoio. Funcionamos muito bem trabalhando juntas, somos uma dupla. Você me transmitiu segurança em momentos em que não pude estar tão presente. Obrigada por toda força.

Ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (NEPPSS), meu grupo de pesquisa por todo aprendizado recebido e experiências compartilhadas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, corpo docente e técnicos administrativos que trabalha com avidez para o crescimento científico da Enfermagem.

Aos juízes, pela disponibilidade e contribuição na construção desse trabalho.

À Prof^a Dr^a Maria Helena Baena, que aceitou vir ao Ceará para avaliação final dessa pesquisa. Estamos honrados em poder contar com as orientações de uma profissional de tamanho reconhecimento científico no Brasil.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento científico e Tecnológico (CNPq) pelo incentivo a pesquisa no país e pelo financiamento desse estudo.

A todos aqueles que contribuíram ainda que indiretamente para que fosse possível lograr sucesso nessa empreitada.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis. ” José de Alencar

RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) tem alta prevalência durante a gravidez, afetando de forma negativa a qualidade de vida, porém um pequeno número de gestantes procura por cuidados profissionais para prevenção ou tratamento. A avaliação do Conhecimento, da Atitude e da Prática (CAP) sobre IU entre gestantes pode levar a compreender esse evento, além de auxiliar na elaboração de intervenções educativas eficazes. Assim, o presente estudo teve como objetivo a construção e a validação de conteúdo de uma escala para avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de gestantes sobre IU. Trata-se de um estudo metodológico referente ao desenvolvimento, validação e avaliação de ferramenta de pesquisa. Adotou-se o modelo psicométrico para construção de instrumentos de medida proposto por Pasquali (1999), sendo realizado os seis passos do polo teórico, que envolve: identificação do objeto psicológico e dos respectivos construtos de interesse, delimitação e definição dos construtos, elaboração dos itens da escala e por fim avaliação da escala por juízes especialistas e público alvo. A partir da identificação do objeto psicológico “comportamento de gestantes frente a suscetibilidade a IU” foi realizado o aprofundamento teórico sobre os construtos “conhecimento”, “atitude” e “prática” sobre IU. Para tanto foi realizada revisão da literatura, utilizando os descritores “*Health Knowledge, Attitudes, Practice*” e “*Urinary incontinence*” e suas traduções em português e espanhol, nas bases de dados: BVS, PubMed e Scopus. A síntese dos 18 artigos selecionados norteou a operacionalização dos 23 itens da primeira versão da escala e suas dimensões. Foram selecionados 10 especialistas em uroginecologia para a análise teórica dos itens, que aconteceu por meio de técnica *Delphi*, em três ciclos de avaliação, através de questionários on-line, entre junho e novembro de 2017. As avaliações e alterações sugeridas pelos especialistas foram analisadas por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) e coeficiente Kappa. Após o segundo ciclo de avaliação dos especialistas e as modificações realizadas nos itens, procederam as análises de adequações semânticas a partir da aplicação da escala em 30 gestantes. Essa etapa aconteceu no serviço ambulatorial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em outubro de 2017. No terceiro ciclo de avaliação dos especialistas os 23 itens foram aprovados em consenso. Conclui-se, portanto, que foi possível construir a escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU, e que a mesma representa o construto que pretende medir.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Incontinência Urinária. Gestantes. Estudos de Validação. Pesquisa metodológica em Enfermagem.

ABSTRACT

Urinary Incontinence (UI) has a high prevalence during pregnancy, negatively affecting quality of life, but a small number of pregnant women seek professional care for prevention or treatment. The evaluation of Knowledge, Attitude and Practice (KAP) on UI among pregnant women may lead to an understanding of this event, as well as to help in the elaboration of effective educational interventions. Thus, the present study aimed to construct and validate the content of a scale to evaluate the knowledge, attitude and practice of pregnant women about UI. This is a methodological study related to the development, validation and evaluation of a research tool. The psychometric model for the construction of measurement instruments proposed by Pasquali (1999) was adopted, and the six steps of the theoretical pole were carried out, which involves: identification of the psychological object and its constructs of interest, delimitation and definition of constructs, scale items and finally scale evaluation by expert judges and target audiences. From the identification of the psychological object "behavior of pregnant women in the face of susceptibility to UI," the theoretical deepening on the "knowledge", "attitude" and "practice" constructs about UI was carried out. For this purpose, a review of the literature was performed using the descriptors "Health Knowledge, Attitudes, Practice" and "Urinary incontinence" and their translations in Portuguese and Spanish, in the databases BVS, PubMed and Scopus. The synthesis of the 18 selected articles guided the operationalization of the 23 items of the first version of the scale and its dimensions. Ten experts in urogynecology were selected for the theoretical analysis of the items, which happened through the Delphi technique, in three evaluation cycles, through online questionnaires between June and November of 2017. The evaluations and alterations suggested by the specialists were analyzed by means of the Content Validity Coefficient (CVC) and Kappa coefficient. After the second cycle of evaluation of the specialists and the modifications made in the items, the analysis of semantic adequacy proceeded from the application of the scale in 30 pregnant women. This step took place in the outpatient department of Assis Chateaubriand Maternity School in October 2017. In the third cycle of evaluation of the specialists, the 23 items were approved by consensus. It is concluded, therefore, that it was possible to construct the scale of evaluation of the knowledge, attitude and practice of pregnant women about UI, and that it represents the construct that intends to measure.

Keywords: Health Knowledge, Attitudes and Practice. Urinary incontinence. Pregnant women. Validation Studies. Methodological research in Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Organograma para elaboração de medidas psicológicas	29
Figura 2 Síntese dos produtos relacionados a cada fase percorrida no Polo Teórico do modelo psicométrico de Pasquali. Fortaleza, CE. 2017	39
Figura 3 Diagrama PRISMA na identificação da Literatura, Fortaleza – Ce, 2017	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Conjunto de atributos para definição de especialistas proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação de peritos avaliadores. Fortaleza, 2017	33
Quadro 2	Síntese das evidências entre os artigos selecionados, relação de Instrumento de Coleta de Dados (ICD), dimensão CAP e conclusões	43
Quadro 3	Definições constitutivas e operacionais de cada dos construtos. Fortaleza, CE. 2017	56
Quadro 4	Distribuição dos itens da 1ª versão da escala e respectivos aspectos abordados em cada um dos construtos. Fortaleza, CE. 2017	58
Quadro 5	Escala para avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de gestantes sobre IU. Fortaleza, CE. 2017	59
Quadro 6	N de juízes agrupados nas respostas 3 e 4 e CVC relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 1 da escala.....	66
Quadro 7	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 2 da escala.....	67
Quadro 8	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 3 da escala.....	68
Quadro 9	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 4 da escala.....	69
Quadro 10	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 5 da escala.....	69
Quadro 11	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 6 da escala.....	70
Quadro 12	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 7 da escala.....	71
Quadro 13	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 8 da escala.....	71

Quadro 14	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 9 da escala..	72
Quadro 15	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 10 da escala...	73
Quadro 16	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item da escala	74
Quadro 17	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 12 da escala...	75
Quadro 18	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item da escala.....	75
Quadro 19	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 14 da escala...	76
Quadro 20	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 15 da escala	76
Quadro 21	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 16 da escala...	77
Quadro 22	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 17 e 18 da escala	78
Quadro 23	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 19 da escala...	78
Quadro 24	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 20 da escala...	79
Quadro 25.	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 21 da escala...	80
Quadro 26	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 22 da escala...	80
Quadro 27	Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 23 da escala...	81

Quadro 28 Distribuição das modificações realizadas nos Itens em relação a 3º e 4º versão da escala Fortaleza, CE. 2017.....	86
Quadro 29 Itens aprovados com ressalva e respectivas sugestões dos juízes especialistas	88
Quadro 30 Versão aprovada em consenso da escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU. Fortaleza, CE. 2017	92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição das características de experts entre os especialistas selecionados para amostra de juízes. Fortaleza-CE. 2017.....	62
Gráfico 2	Coeficiente de Validade de Conteúdo em relação a clareza/compreensão e relevância entre os itens da 1ª versão da escala. Fortaleza-CE, 2017	64
Gráfico 3	Distribuição do N de juízes que concordou com a associação dos itens da escala a seus respectivos construtos. Fortaleza, CE. 2017	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos especialistas segundo atributos de Jasper (1999)	63
Tabela 2	Distribuição do valor do coeficiente Kappa de Cohen para os juízes dois a dois relacionado a concordância sobre os domínios CAP da escala	82
Tabela 3	Distribuição das participantes do estudo segundo frequência e quantidade de parda urinária	84
Tabela 4	Distribuição dos aspectos avaliados no construto conhecimento indicado pelos juízes especialistas. Fortaleza, CE. 2017	89
Tabela 5	Distribuição dos aspectos avaliados no construto atitude indicado pelos juízes especialistas. Fortaleza, CE. 2017	89
Tabela 6	Distribuição dos aspectos avaliados no construto prática indicado pelos juízes especialistas. Fortaleza, CE. 2017	90
Tabela 7	Valores do Coeficiente de <i>Kappa</i> de <i>Cohen</i> para cada uma das comparações realizadas entre os 8 juízes que participaram desse ciclo de avaliação	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

STUI	<i>Lower Urinary Tract Symptoms</i>
IU	Incontinência Urinária
ICS	<i>International Continence Society</i>
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
ICIQ-SF	<i>Consultation Incontinence Questionnaire-Short Form</i>
KHQ	<i>King's Health Questionnaire</i>
CAP	Conhecimento Atitude Prática
TMAP	Treinamento da Musculatura do assoalho pélvico
APA	<i>American Psychological Association</i>
CVC	Coefficiente de Validade de Conteúdo
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
UIKS	<i>Urinary Incontinence Knowledge Scale</i>
UIAS	<i>Urinary Incontinence Attitude Scale</i>
PIKQ	<i>Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	23
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO	24
4. MÉTODOS.....	30
4.1 Tipo de Estudo.....	30
4.2 Polo Teórico	30
4.2.1 Identificação e aprofundamento teórico do construto	30
4.2.2 Análise teórica dos itens – juízes especialistas.....	31
4.2.2.1 Seleção e amostra dos juízes especialistas	31
4.2.2.2 Apresentação dos resultados da análise dos juízes	34
4.2.3 Análise semântica dos itens – público alvo	36
4.2.3.1 Local e período da avaliação.....	36
4.3 Análise da versão final da escala.....	37
4.4 Aspectos éticos.....	37
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	39
5.1 Identificação e aprofundamento teórico do construto	40
5.2 Delimitação dos atributos dos construtos.....	41
5.3 Definição constitutiva e operacional de CAP de mulheres sobre IU	55
5.4 Operacionalização do construto (construção dos itens da escala).....	56
5.5 Análise dos juízes especialistas	62
5.5.1 Caracterização dos juízes especialistas.....	62
5.5.2 Avaliação dos itens que compuseram a 1ª versão	64
5.6 Análise semântica – aplicação da 2ª versão do questionário ao público alvo	83
5.6.1 Caracterização do público alvo.....	83
5.6.2 Análise semântica	84
5.7 Versão final da escala	88
6. CONCLUSÕES.....	96
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	106
ANEXOS	137

1. INTRODUÇÃO

A gestação, apesar de ser um processo natural, acarreta à mulher transformações de ordem emocional, social e física. Por conseguinte, os profissionais envolvidos na assistência à mulher devem estar qualificados para atender todas as necessidades que envolvem as alterações orgânicas advindas não somente da gestação, mas do trabalho de parto, parto e pós-parto (PASCHE, 2014).

Parte importante destas modificações no organismo da mulher no período gravídico-puerperal acontecem na estrutura do assoalho pélvico causando sintomas geniturinários, que podem ser preditores de persistência de disfunções miccionais após o parto. As modificações hormonais na gravidez, bem como o aumento da pressão sobre o assoalho pélvico, diminuem a resistência muscular e em situações mais graves lesionam músculos e a inervação desta região (MOISES *et al.*, 2011; BARBOSA *et al.*, 2013). As evidências clínicas dessas alterações aparecem por meio dos chamados *Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)* ou Sintomas do Trato Urinário Inferior (STUI), em português, tais como: urgência urinária, noctúria, polaciúria e incontinência urinária (FEREDERICE *et al.*, 2011, BALIK *et al.*, 2014).

A Incontinência Urinária (IU) é conceituada pela *International Continence Society* (ICS) como qualquer perda involuntária de urina (HAYLEN *et al.*, 2010). Dentre os STUI, comuns na gestação, a IU tem sido bastante estudada visto que, apesar de parecer existir uma recuperação espontânea em aproximadamente um ano após o parto (ELENSKAIA *et al.*, 2011), a presença da IU durante o período gravídico puerperal é identificada como fator de risco importante para desenvolver a doença mais tarde na vida (MARTINS *et al.*, 2010).

Isso se torna ainda mais preocupante pelo fato de a IU na gravidez possuir prevalência elevada, evidenciada em pesquisa de revisão sistemática, em que os estudos analisados identificaram um percentual entre 18% e 75% de casos de IU em gestantes, aumentando com a idade gestacional (SANGSAWANG *et al.*, 2013). No Brasil, estudo de prevalência de IU na gravidez, em que participaram 500 grávidas de todos os trimestres gestacionais, foi encontrada taxa de 63,3% (n=319) de IU (MARTINS *et al.*, 2010).

Chegar a dados epidemiológicos precisos tem sido ainda mais difícil quando se estuda a prevalência da IU na população de mulheres em geral, visto que os estudos demonstram diferentes abordagens metodológicas. No entanto, um importante inquérito populacional brasileiro, realizado com 332 participantes acima de 16 anos, mostrou que uma em cada quatro mulheres apresentou algum tipo de perda urinária, encontrando associação importante com o

fato de ter vivido pelo menos uma gravidez (BORGES *et al.*, 2010).

Além da gravidez, as pesquisas têm relacionado a IU à: paridade, ao peso do recém-nascido maior que 4000 gramas, sobrepeso da mulher e a segunda fase prolongada do trabalho de parto (BORBA *et al.*, 2014; SIEVERT *et al.*, 2012; WALTREGNY, 2016).

As variedades de delineamentos metodológicos dificultam o estudo das evidências sobre os fatores de risco para IU ligados ao tipo de parto, uma vez que as populações estudadas são muito heterogêneas (MILSON *et al.*, 2015). Apesar disso, o parto vaginal tem sido associado fortemente à IU anos após o parto (GYHAGEN *et al.*, 2013a; GYHAGEN *et al.*, 2013b).

Diversos eventos que envolvem o período gravídico puerperal se relacionam com as causas da IU. O aumento do peso do abdome grávido no último trimestre gestacional e a fisiologia do trabalho de parto e parto, parecem levar às alterações na estática pélvica. A pressão das partes fetais contra o tecido materno causa desarranjos estruturais e das fâscias, estiramento e até avulsão em músculos e nervos desta região. Com a integridade dos músculos do assoalho pélvico afetada, a região torna-se incapaz de realizar a sustentação adequada dos órgãos pélvicos, levando à mobilidade do colo da bexiga e uretra, o que resulta em sintomas de incontinência urinária (SANGSAWANG *et al.*, 2013; SIEVERT *et al.*, 2012).

Importante destacar que a indicação do parto cesariano como medida preventiva de IU tem se mostrado controversa uma vez que o fator protetor desse procedimento desaparece após múltiplas gestações. Somado a isto é dado destaque para os riscos maternos e neonatais que envolvem essa cirurgia (LAVY *et al.*, 2012). Em estudo de coorte com 3.763 mulheres foi identificado que 40% das mulheres que tinham exclusivamente parto cesariano apresentavam IU 12 anos após o parto (MACARTHUR *et al.*, 2011). No Brasil chegou-se à conclusão similar em estudo envolvendo 220 mulheres dois anos após o parto vaginal ou cesárea eletiva, em que a prevalência de IU foi 17% e 18,9% respectivamente, demonstrando que a cesárea não foi preventiva para IU. Todavia, o mesmo estudo sugere que a incontinência urinária durante a gestação é precursora da incontinência urinária pós-parto, assim como o sobrepeso aumenta o risco de disfunção muscular do assoalho pélvico (BARBOSA *et al.*, 2013).

Medidas, apoiadas por evidências científicas (WESNES *et al.*, 2013), devem ser implementadas para diminuir a suscetibilidade da mulher à IU durante a gestação. Dentre elas, estão as ações relacionadas a fatores modificáveis, ou seja, ao estilo de vida, com destaque para manutenção adequada do peso, evitar constipação, e a realização de exercícios para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico. Desta forma, a ação profissional estará direcionada à promoção de comportamentos de saúde protetores, a fim de reduzir a incidência

de IU. Agindo dentro do contexto da prevenção primária de modo a identificar potenciais fatores de risco e realizar ações de educação em saúde para estimular mudanças comportamentais que tenham potencial para evitar a IU (SIEVERT *et al.*, 2012).

A atuação do profissional na prevenção da IU pode acontecer ainda no rastreamento de sintomas precoces e subsequente tratamento (prevenção secundária), ou no direcionado para reabilitação e prevenção de recaídas futuras (prevenção terciária) (SIEVERT *et al.*, 2012). No entanto, sabe-se que a prevenção primária se sobressai, visto que traz resultados favoráveis e de baixo custo (SESHA *et al.*, 2013).

Prever o desencadeamento de sintomas urinários na gestação e pós-parto se faz fundamental para promoção do bem-estar físico e emocional das mulheres a curto e longo prazo, uma vez que as medidas de fortalecimento do assoalho pélvico trarão diminuição das queixas urinárias na gravidez e após o parto (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Uma vez que a gestação e o parto são importantes fatores de risco, as intervenções dos profissionais de saúde devem ser focadas em grupos vulneráveis, a partir do conhecimento dos fatores de risco, realizando oportunamente busca de sintomas em consultas pré-concepção, pré-natal e pós-parto, durante a investigação de queixas ou mesmo ao exame físico. Lamentavelmente, há na literatura evidências de indiferença por parte dos profissionais de saúde a estes sintomas. Em estudo prévio detectou-se que 100% das mulheres estudadas não foram orientadas quanto a prevenção da IU durante o pré-natal (PERERA *et al.*, 2014), e, ainda mais alarmante, aquelas que comunicaram a intercorrência ao profissional de saúde não receberam qualquer tratamento (LOPES *et al.*, 2010). Estes aspectos demonstram a fragilidade dos serviços de saúde em corresponder a totalidade das necessidades das mulheres durante a gravidez.

É importante salientar que as mulheres em sua maioria não comunicam a intercorrência urinária ao profissional de saúde, demonstrando possivelmente déficit de conhecimento relacionado à perda involuntária de urina. Contudo, muitas mulheres entram em contato com os profissionais de saúde sem ter seus problemas urinários diagnosticados ou gerenciados, ainda que para isso seja necessário apenas questionar as pacientes sobre sintomas relacionados (Badejoko *et al.*, 2016)

Estudo envolvendo 288 mulheres, em que 71 autorreferiram sintomas de incontinência urinária seis meses após o parto, foi constatado que apenas 14% comunicaram o fato ao profissional de saúde (LOPES *et al.*, 2010). O mesmo ocorre com gestantes que, apesar da alta prevalência de STUI, não manifestam suas queixas ao profissional de saúde (BALIK *et al.*, 2016).

Acredita-se que estas mulheres, de um modo geral, percebam os sintomas como próprios do período gestacional e puerperal (PERERA *et al.*, 2014), apesar de **relatarem que a perda involuntária de urina afeta de forma negativa sua qualidade de vida, uma vez que esta condição leva a situações embaraçosas, estressantes e desconfortáveis, podendo ocasionar a diminuição da autoestima, isolamento social e dificuldades sexuais (KARBAGE *et al.*, 2016; WANG *et al.*, 2015).**

Estudos sobre qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em gestantes e puérperas incontinentes esclarecem as principais dimensões da vida que são afetadas por este agravo. Oliveira e colaboradores (2013), em pesquisa brasileira, evidenciaram grave impacto na qualidade de vida relacionado à IU em um grupo de 352 gestantes utilizando o *International Consultation Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF). A média dos escores foi de 12,11 ($\pm 4,04$), indicando que a IU teve efeito negativo sobre as rotinas de trabalho das mulheres, atividades de tempo livre e até mesmo nas relações sexuais.

Em investigação sobre o impacto da IU na qualidade de vida utilizando um questionário específico para IU, o *King's Health Questionnaire* (KHQ), revelou que em gestantes os principais domínios afetados pelas 261 mulheres foram: “Percepção geral da saúde”, “Impacto da incontinência” e “Limitação das atividades diárias”, respectivamente (SOARES *et al.*, 2015). Utilizando o mesmo questionário em puérperas, Leroy e Lopes (2012) identificaram comprometimento acentuado nos domínios “impacto da incontinência”, “emoções” e “limitações das atividades diárias”.

Estudo Francês com puérperas alerta para aumento da incidência de depressão puerperal em mulheres com IU (FRITEL *et al.*, 2016), demonstrando acometimento maior entre as puérperas incontinentes (22,1%) do que nas continentas (15,9%) quatro meses após o parto.

Estes aspectos revelam o potencial de comprometimento ao bem-estar físico, mental e social que a IU pode ocasionar e, uma vez que as mulheres não reconhecem esta afecção como passível de prevenção e tratamento, ficam sujeitas a conviver com os agravos desta condição. Essa situação retrata a influência do conhecimento inadequado sobre IU na prática em relação à busca por atendimento e/ou informação (SESHAN *et al.*, 2013).

À vista disso, nos últimos anos, têm sido descritos inúmeros estudos em diferentes populações com o objetivo de identificar o **conhecimento das mulheres sobre IU** (BRANCH *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; BUSH *et al.*, 2001; KIRKLAND *et al.*, 2001; BLANES *et al.*, 2001; GUILLEN LOPEZ *et al.*, 2003; NEWMAN *et al.*, 2004; SALEH *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; SANGE *et al.*, 2008; MELVILLE *et al.*, 2008; HSIEH *et al.*, 2008; GEOFFRION *et al.*, 2009; TANNENBAUM *et al.*, 2010; MORHASON-BELLO *et al.*, 2012; DUNIVAN, *et*

al., 2015; MANDIMIKA, *et al.*, 2015; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016), **sua atitude** (BUSH *et al.*, 2001; SALEH *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; SANGE *et al.*, HSIEH *et al.*, 2008; TANNENBAUM *et al.*, 2010; TANNENBAUM *et al.*, 2013; WANG *et al.*, 2014; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016) e **sua prática** (KELLER *et al.*, 1999; SHAW *et al.*, 2001; KIRKLAND *et al.*, 2001; O'DONNELL *et al.*, 2005; HSIEH *et al.*, 2008; BERGER *et al.*, 2011; PERERA *et al.*, 2014; FRITEL *et al.*, 2014; ZHANG *et al.*, 2016). Contudo, esses estudos utilizaram diferentes conceitos para avaliação de cada um desses itens e, uma minoria, faz referência a utilização de questionários validados (BUSH *et al.*, 2001; GUILLEN LOPEZ *et al.*, 2003; O'DONNELL *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; GEOFFRION *et al.*, 2009; MORHASON-BELLO *et al.*, 2012; PERERA *et al.*, 2014; WANG *et al.*, 2014; DUNIVAN, *et al.*, 2015; MANDIMIKA, *et al.*, 2015; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016), o que dificulta uma comparação entre os dados. Apenas o estudo de Zhang *et al.*, (2016) abordou os três elementos do CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) conjuntamente e este não se encontra validado para o português. Além disso, não foi encontrado nenhum estudo que investigou os três elementos do CAP conjuntamente com gestantes e/ou puérperas.

Estes estudos apontam para falta de conhecimento das mulheres sobre as causas e possibilidades de prevenção e tratamento da IU. Isto possivelmente tem levado à atitude de perceber esta morbidade como algo com que devam conviver, uma vez que parecem acreditar que seja próprio da sua condição. Estas são as hipóteses que provavelmente as mulheres utilizam para justificar, na prática, o fato de não buscarem ajuda de profissionais de saúde (PERERA *et al.*, 2014; EL-AZAB *et al.*, 2010).

No entanto, para elaboração de intervenção eficaz, a fim de reduzir a incidência de IU entre mulheres, estas questões precisam estar bem esclarecidas. Sendo assim, alguns pontos devem ser indagados para trazer melhor entendimento: qual o conhecimento das mulheres sobre IU? Elas reconhecem a causa, a possibilidade de prevenção e de tratamento? Como elas enfrentam e convivem com a IU?

A avaliação do conhecimento e do comportamento frente à IU tem sido utilizada para provar a eficácia de intervenções educativas e de autogestão da IU (Zhang *et al.*, 2016, DE GANGE *et al.*, 2015, TANNENBAUM *et al.*, 2013).

O estudo de Holroyd-Leduc *et al.* (2011) propôs uma ferramenta de autogestão da IU, a qual possibilita a identificação dos fatores de riscos pelo indivíduo afetado e subsequente ação, estimulando a maior autonomia do paciente e resultando em melhora da perda urinária em 50% dos casos. Outros estudos têm demonstrado resultados ainda mais positivos quando os princípios dessa ferramenta de autogestão da IU são agregados às intervenções educativas

(palestras e discussões reflexivas) que abordam mitos e fatos da IU, estilo de vida e comunicação eficaz com o provedor de saúde (DE GANGE *et al.*, 2015, TANNENBAUM *et al.*, 2013).

Importante estudo de ZHANG *et al.*, (2016) avaliou intervenção educativa sobre IU em 2100 mulheres asiáticas (grupo intervenção: 1400 mulheres, grupo controle: 700 mulheres) provando a eficácia da intervenção a partir da medida do CAP entre as participantes. O questionário aplicado avaliou o conhecimento sobre IU e sobre o teste de força da musculatura do assoalho pélvico no pós-parto, a atitude foi avaliada a partir do entendimento da necessidade da realização do teste de força, e a prática adequada foi verificada mediante a aceitação do teste de força no pós-parto, a busca por profissional e a aceitação de Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP) no pós-parto.

O resultado destas intervenções reafirma que a educação em saúde é ferramenta imprescindível que o enfermeiro, um dos profissionais responsáveis pelas consultas de pré-natal e pós-parto na atenção primária, deve utilizar para promoção da continência urinária. No entanto, para que esta abordagem obtenha êxito se faz necessário avaliar o conhecimento e o comportamento das mulheres sobre a IU, gerando discussões favoráveis, não só para avaliação, mas principalmente, para direcionar a implantação de uma intervenção que contemple as necessidades das mulheres.

Com objetivo de contribuir com a identificação de comportamentos passíveis de mudanças, **este estudo tem como objetivo construir e validar uma escala de coleta de dados confiável e precisa, a ser empregada em avaliações acerca do Conhecimento, da Atitude e da Prática (CAP) sobre IU,** entre mulheres no ciclo gravídico puerperal, a fim de compreender o que elas sabem sobre o assunto, o que acham que devem fazer e como se comportam frente à IU.

A construção de indicadores para mensuração, como é o caso do inquérito de avaliação CAP, se dá a partir de hipóteses. Portanto se faz necessário estudo sistematizado para construção e validação a fim de provar que o instrumento mede o que se espera medir (BRAGA *et al.*, 2006). Um número crescente de questionários e escalas atualmente disponível na área de saúde, e cada vez mais a literatura tem alertado os pesquisadores sobre uma correta avaliação da qualidade dos instrumentos de coleta de dados (ALEXANDRE *et al.*, 2011).

Espera-se, ao final desse trabalho, disponibilizar para a comunidade científica um instrumento válido e confiável de identificação e avaliação do Conhecimento, da Atitude e da Prática de gestantes sobre a IU. Além disso, contribuir com a atuação profissional centrada nas necessidades das gestantes e, baseada nos resultados da avaliação, desenvolver intervenções

cognitivas, comportamentais e/ou sociais com vistas ao fortalecimento e melhora desses três domínios para a promoção da continência urinária.

2. OBJETIVOS

- Construir uma escala para avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de gestantes sobre incontinência urinária.
- Realizar a validação de conteúdo da escala de conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre incontinência urinária.

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

O rigor científico exige planejamento em todas as etapas da execução da pesquisa, para tanto, o uso de procedimentos que garantam uma coleta de dados com resultados confiáveis é essencial para que a qualidade da pesquisa seja alcançada (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Atualmente um número crescente de escalas e questionários estão disponíveis na área da saúde para verificar fenômenos nas mais diversas pesquisas (ALEXANDRE *et al.*, 2011). A literatura tem alertado sobre a correta avaliação da qualidade dos instrumentos utilizados (SALMON *et al.*, 2008) e apontado o processo de validação como etapa imprescindível para verificação da capacidade do instrumento em gerar resultados fidedignos (MEDEIROS *et al.*, 2015; LOPES *et al.*, 2013; SALMON *et al.*, 2008; ALEXANDRE *et al.*, 2011).

Escalas de avaliação de comportamento tem um impacto importante em julgamentos clínicos, fornecem dados para programas de intervenção e para a avaliação dos efeitos de tratamento. Dessa forma, as tomadas de decisões são fortemente influenciadas pela validade dos instrumentos de avaliação, visto que estes fornecem os dados nos quais as decisões estão baseados (HAYNES *et al.*, 1995).

Em se tratando de estudos de comportamento e fenômenos psicológicos, os objetos/construtos a serem medidos são abstrações e, portanto, não podem ser diretamente observados (PASQUALI, 2010). Nesse contexto, os recursos metodológicos da psicometria são fundamentais para desenvolvimento desse tipo de escalas, visto que auxiliam no refinamento dos construtos que eles representam (BRAGA *et al.*, 2004).

A psicometria, apesar de ter sido desenvolvida por estatísticos, não trata apenas de métodos, representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais. Na psicometria busca-se medir, atribuir valores às características/atributos de um objeto/comportamento, segundo regras que assegurem a validade e a confiabilidade dos resultados da medida. Assim a psicometria é vista também como um ramo da psicologia que faz interface com a estatística, por expressar o fenômeno psicológico através de números em vez de pura descrição verbal (PASQUALI, 2009).

Os estudos de validação são essenciais para promover a acurácia dos fenômenos observados na prática clínica (MELO *et al.*, 2011). Um instrumento é válido quando, de fato, mede o que supostamente deveria medir; ou seja, ao se medirem os itens, que são a representação comportamental do construto, mede-se o próprio construto (BRAGA *et al.*,

2004). Isso significa que a validade determina o quanto as inferências realizadas, a partir dos resultados, são verdadeiras (COLARES *et al.*, 2012).

Para viabilizar e demonstrar a validade dos instrumentos, a psicometria recorre ao chamado modelo trinitário, recomendado pelo *American Psychological Association* (APA), o qual propõe a validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério (PASQUALI, 2004).

Cadê a validade de construto?

A validade de conteúdo avalia a capacidade do instrumento em representar os aspectos do fenômeno sob estudo (Pasquali, 2004), diz respeito ao grau em que uma amostra de itens, juntos, constituem uma definição operacional adequada de um construto. Salmond (2008) explica, de forma ilustrativa, que a validade do conteúdo faz o seguinte questionamento: "O conteúdo desta ferramenta de medição é representativa do conteúdo que está sendo medido?". Para isso a validade do conteúdo envolve duas fases distintas: a priori, esforços do autor da escala para melhorar a validade do conteúdo através de conceituação cuidadosa e análise de domínio antes da geração de itens, e um esforço posterior para avaliar a relevância do conteúdo da escala através de avaliação especializada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Esses aspectos tornam a validade de conteúdo em grande parte uma questão de julgamento, que envolvem procedimentos de caráter quantitativos e qualitativos (HAYNE *et al.*, 1995).

A validade de critério refere-se ao grau de eficácia que o instrumento possui em prever um desempenho específico. Essa validade é alcançada através da aplicação de instrumentos independentes do próprio teste que se quer validar. A aplicação de testes já comprovadamente válidos servem de critério para definir validade ao teste (PASQUALI, 2009; COLARES *et al.*, 2012)

A validade de construto se refere ao grau em que um instrumento mede o mesmo construto e suas variáveis observáveis. As técnicas utilizadas como demonstração da adequação da representação do construto são a análise fatorial e a análise da consistência interna (PASQUALI, 2009; COLARES *et al.*, 2012).

O presente estudo adotou o modelo psicométrico proposto por Pasquali (1999), o qual é composto por três conjuntos de procedimentos aplicados desde a construção teórica do instrumento (polo teórico) e procedimentos empíricos (polo experimental) até aos procedimentos analíticos (polo analítico).

No polo teórico, o eixo é o detalhamento das evidências empíricas sobre o construto e a operacionalização do construto em itens. Essa fase contempla os seis primeiros passos do modelo: sistema psicológico, propriedade do sistema psicológico, dimensionalidade do atributo, definições do construto, operacionalização do construto, análise teórica dos itens.



O polo experimental corresponde às definições das técnicas de aplicação do instrumento piloto ao público alvo. Nesse polo são definidos o planejamento da aplicação, a aplicação e a coleta, o que abrange o sétimo e oitavo passo do modelo (PASQUALI, 1999; PASQUALI, 2004).

O polo analítico inclui os procedimentos de análise estatística a serem efetuadas sobre os dados para estimar a confiabilidade do instrumento. Os quatro últimos passos são: dimensionalidade do instrumento, análise dos itens, precisão da escala, estabelecimento de normas.

O conjunto dos três polos propostos por Pasquali (1999) oferecem uma sistematização para alcançar a validade de conteúdo, de construto e de critério.

Contudo, nesse estudo, somente foram realizadas as etapas do polo teórico, uma vez que o estudo abordou a construção e validação de conteúdo da escala de conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU. Os demais procedimentos referentes aos outros polos serão planejados e realizados em estudos posteriores.

Polo teórico



O primeiro procedimento contempla a fundamentação teórica do construto para qual se pretende construir o instrumento. Nessa fase busca-se elucidar, a partir de evidências empíricas, as definições constitutivas e operacionais do construto a fim de, operacionalizar os itens do instrumento a ser construído.

Os procedimentos teóricos envolvem seis passos propostos por Pasquali (1999). Os quatro primeiros passos são produzidos a partir da busca de evidências empíricas, o quinto passo está relacionado com a operacionalização da construção dos itens e o **sexto com a avaliação do conteúdo do instrumento.**




1º Passo - Sistema psicológico – representa o objeto de interesse, ou seja, **um tema para pesquisar**, que pode ser chamado de objeto psicológico. O objeto psicológico é o produto esperado desse passo na elaboração do instrumento, e deve emergir do interesse do pesquisador.

2º Passo - Propriedades/atributos do sistema psicológico – o sistema psicológico em si não pode ser medido, no entanto os sistemas são definidos por atributos que são possíveis de mensuração. Nesse passo, o objeto psicológico, normalmente amplo demais, deve ser delimitado, **de forma a serem definidas as propriedades/atributos de interesse que serão o foco imediato de observação e medida.**

3º Passo - Dimensionalidade do atributo – o produto desse passo é a definição dos **fatores que compõe o construto.**

4º Passo - Definição constitutiva e operacional – baseado na literatura e na própria experiência, deve-se detalhar o construto a partir da conceituação dos fatores para os quais se construiu o instrumento. O produto desse passo é a definição constitutiva e operacional. A primeira são conceitos abstratos que aparecem em termos de dicionários e enciclopédias, e limites semânticos que devem ser alcançados e não ultrapassados. A definição operacional deve permitir sair do abstrato para o concreto, **elencando as definições da representação do comportamento físico a que se pretende construir determinado item.**

5º Passo - Operacionalização do construto – nesse passo realiza-se a **construção dos itens** que integraram o instrumento de medida.

6º Passo - Análise dos itens – nesse passo deve-se submeter o instrumento a opinião de outros, a fim de que seja analisada a hipótese de que os itens representam adequadamente o construto. **Portanto, são convidados juízes para realizarem a análise semântica e análise de pertinência dos itens.** 

A análise semântica se destina a verificar se os itens são compreensíveis para o público-alvo. Para isso, o instrumento deve ser apresentado a sujeitos com características semelhantes aos da população-alvo. À medida que os itens forem apresentados aos participantes, o pesquisador deve observar e registrar se algum item foi mal compreendido, se houve dificuldade de entendimento de forma que os participantes precisem de esclarecimentos adicionais. Com as observações, o pesquisador ajusta os itens e reapresenta-os a outros sujeitos, até que não haja mais indicativos de necessidade de outros ajustes (Braga *et al.*, 2006).

A análise de pertinência dos itens ao construto é realizada por meio de um painel de especialistas, que deve realizar exame cuidadoso de cada um dos itens a fim de verificar se os itens estão adequadamente representando o construto. A partir do julgamento dos especialistas, os melhores itens, segundo os critérios estabelecidos, são selecionados e os outros são descartados ou reformulados para alcançar adequação (Braga *et al.*, 2006).

Com a análise teórica dos itens, finalizam os procedimentos teóricos do modelo de construção de instrumento proposto por Pasquali (1999). O produto dessas fases deve ser um instrumento piloto representativo do construto de interesse, e é essa hipótese que deve ser empiricamente testada nos procedimentos seguintes (COLARES *et al.*, 2012; PASQUALI, 2010).

Apesar do presente estudo se encerrar com os procedimentos teóricos, como justificado anteriormente, faz-se necessário descrever os procedimentos seguintes que compõem o modelo psicométrico sugerido por Pasquali (1999).

Polo experimental

Os procedimentos experimentais são compostos pelo planejamento da aplicação do instrumento piloto e aplicação da coleta.

7º passo – Planejamento de aplicação – Os produtos desse passo são a definição da amostra e das instruções para aplicação do instrumento. O tamanho da amostra deve ser claramente estimado de acordo com as exigências das análises estatísticas planejadas e em termos de características dos critérios de inclusão e exclusão. As instruções devem descrever de forma sistemática os procedimentos para aplicação, bem como narrar como deve ser preenchido.

8º passo – Aplicação e coleta – Nessa fase as informações serão efetivamente coletadas e tabuladas para fins de análise no procedimento seguinte.

Polo analítico



Esta etapa estabelece os procedimentos de análise estatística a serem efetuados sobre os dados obtidos na fase anterior, a fim de avaliar se o instrumento é de fato válido e preciso (PASQUALI, 1998).

9º Passo – Dimensionalidade do instrumento – nesse passo, a hipótese de que o instrumento construído mede os fatores propostos, deverá ser verificada a partir da análise fatorial.

10º Passo – Análise empírica dos itens – nesse passo são verificadas outras características que o instrumento possui além de representar o construto de interesse, são elas: nível de dificuldade do item e a resposta aleatória (ao acaso).

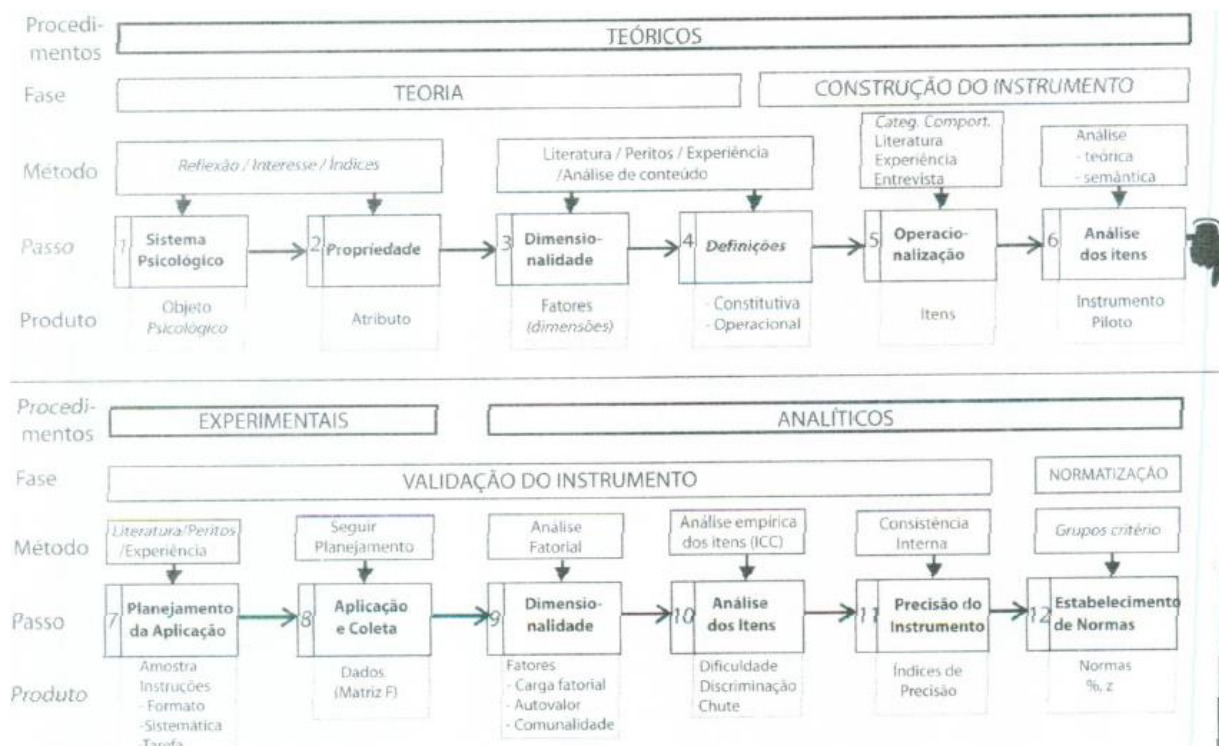
11º Passo – Precisão da Escala – o conceito de fidedignidade e precisão se refere ao quanto o escore obtido no teste se aproxima do escore verdadeiro do sujeito no comportamento/construto que se quer medir. Podem ser usadas técnicas de teste-reteste para verificar estabilidade da escala, que consiste em calcular a correlação entre a distribuição de escores obtidos de um mesmo testes aplicados em duas ocasiões diferentes. **A precisão é verificada também através da análise da homogeneidade da amostra de itens, ou seja, da consistência interna do teste, para esse fim a técnica mais utilizada é alfa de Cronbach.**

12º Paso – Estabelecimento de normas – no último passo são desenvolvidos os parâmetros para interpretação dos resultados. A norma de interpretação permitirá determinar que posição o sujeito ocupa no comportamento avaliado, além de tornar viável a comparação entre sujeitos. As técnicas utilizadas para estabelecer normatização dos testes podem ser

estabelecidas através: do nível de desenvolvimento, da população típica para qual o teste foi criado e através de critério externo.

Nessa etapa também é realizada a padronização das condições de aplicação do teste (material de testagem, ambiente de testagem, procedimentos de aplicação, direitos dos testandos, controle de vies, divulgação dos resultados).

Figura 1: Organograma para elaboração de medidas psicológicas



Fonte: Pasquali, 1999. Elaboração de instrumentos psicológicos.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico referente ao desenvolvimento e a validação de ferramenta de pesquisa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011), desta forma a construção do instrumento de coleta de dados deverá contemplar a definição do comportamento a ser medido, a formulação de itens da ferramenta, **além de testar a validade do instrumento.**

Os construtos a serem mensurados são o Conhecimento, a Atitude e a Prática sobre IU, esses são conceitos abstratos, de natureza comportamental, o que justifica adotarmos a psicometria como referencial teórico-metodológico para este estudo. Segundo Pasquali (1998), a psicometria trata da teoria e da técnica para elaboração de instrumentos de medidas dos processos mentais, representados por comportamentos observáveis. **Esse estudo se limitará a realização de validação de conteúdo da escala de conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU.** Polit, Beck e Hungler (2004) esclarecem que a validade de conteúdo é um processo de julgamento, composto por desenvolvimento do instrumento e posteriormente análise por especialistas. Assim, o percurso metodológico desta investigação abrangeu as etapas sugeridas por Pasquali (1998) para compor os procedimentos teóricos da elaboração de instrumentos psicométricos, chamado Polo Teórico.

4.2 Polo Teórico

Esta etapa se destina a construção do instrumento a partir da fundamentação teórica do construto e da análise teórica do instrumento por juízes especialistas e público-alvo.

4.2.1 Identificação e aprofundamento teórico do construto

O aprofundamento teórico é uma etapa valiosa, funcionando como guia para construção de instrumentos de medida confiáveis (PASQUALI, 1999). Diante da necessidade de maior entendimento sobre o construto e, portanto, embasamento teórico para elaboração dos itens deste instrumento de medida, optou-se por explorar o assunto por meio de revisão ampla na literatura.

Logo, foi conduzida revisão integrativa da literatura a fim de identificar o conhecimento, a atitude e a prática de mulheres sobre IU descrito na literatura e os instrumentos utilizados para mensurar/avaliar cada um desses domínios.

A partir dos artigos selecionados buscou-se evidenciar os critérios/fatores utilizados para mensurar o conhecimento, a atitude e a prática sobre IU, tornando possível delimitar a dimensionalidade de cada um dos construtos e suas definições constitutivas e operacionais, cumprindo-se a etapa do polo teórico que se destinam a aproximação e aprofundamento teórico sobre o assunto.

Após delimitado o construto, a partir da identificação dos fatores que compõe o conhecimento, a atitude e a prática sobre IU, seguiu-se para a definição constitutiva e operacional. Assim, como sugere o 4ª passo do polo teórico, foi realizada conceituação clara e precisa do construto e seus fatores, ainda com base na literatura selecionada.

4.2.2 Análise teórica dos itens – juízes especialistas

A fim de assegurar que os itens elaborados para o questionário representem adequadamente o construto faz-se necessário que este seja submetido à análise teórica de especialistas, garantindo confiabilidade, para posterior aplicação ao público-alvo (MAGALHÃES, 2007).

Mediante da técnica *Delphi*, buscou-se obter consenso de um painel de especialistas. A técnica *Delphi* tem sido bastante utilizada nos mais variados estudos, visto que apresenta importante potencial quando se pretende estabelecer consenso, perspectivas e ideias qualificadas (SCARPARO, 2012; KEENEY *et al.*, 2001).

A técnica orienta que o julgamento das informações seja realizado de forma sistematizada e articulada em ciclos (SCARPARO, 2012; KEENEY *et al.*, 2001). Assim, foram realizados três ciclos de avaliação dos itens da escala por meio de questionários eletrônicos. Ao final de cada ciclo de avaliação foram elaboradas novas versões dos itens e então reapresentadas aos especialistas. O consenso foi estabelecido no último ciclo de avaliação.

4.2.2.1 Seleção e amostra dos juízes especialistas

Para compor a amostra dos juízes, Henandez-Nieto (2002) orienta que seja constituída de 3 a 5 experts e Pasquali (1999, 2003) considera suficiente, para avaliação de construto, até meia dúzia de juízes experts no assunto.

No entanto, a literatura recomenda considerar a dificuldade em encontrar profissionais com nível adequado de expertise que estejam disponíveis para participar em estudos de validação (MARINGÁ *et al.*, 2006, BECKSTEAD, 2009), além da perda desses participantes entre os ciclos de avaliação. Com isso optou-se por enviar convite para 10

profissionais com perfil para participar do estudo, na expectativa de alcançar o número recomendado.



Os especialistas selecionados verificaram a relevância dos itens e a relação de cada item com o respectivo domínio (PASQUALI, 2003; PASQUALI, 1999), além de avaliar clareza e compreensão, o que compõe a validação semântica.

Para avaliação adequada dos itens submetidos é necessário estabelecer critérios claros para seleção dos juízes. Um equívoco nesta etapa pode influenciar na confiabilidade dos resultados, portanto os juízes devem ser experts na área de interesse para que sejam capazes de realizar uma avaliação adequada (CARVALHO *et al.*, 2010).

Para esta investigação seguiu-se os critérios de Jasper (1994), a qual conceitua um expert como aquele que “tenha desenvolvido a capacidade para reconhecimento de padrão, por meio de alto nível de conhecimento e habilidade e extensa experiência em um campo específico e que seja identificado como tal por seus pares” (JASPER, 1994, p.774), podendo assim serem incluídos profissionais que estejam envolvidos na prática assistencial, no ensino ou pesquisa.

Para esta investigação foram incluídos na amostra de juízes os profissionais que apresentaram no mínimo dois dos atributos recomendados por Jasper (1994) para a definição de expert.

Tendo como base no mesmo autor, foram elaboradas, especificamente para este estudo, as características referentes para cada um dos atributos a fim torná-los mais objetivos e particulares ao assunto a que se destina esse estudo. Desta forma, para que o profissional apresente determinado atributo deverá possuir pelo menos uma das características específicas para tal. O Quadro 01 apresenta o conjunto de atributos dos experts com suas respectivas características.

Quadro 01 – Conjunto de atributos para definição de especialistas proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação de peritos avaliadores. Fortaleza, 2017.

Atributos	Característica
Possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional assistencial na área de uroginecologia, pelo período mínimo de cinco anos; - Ter experiência docente na área de uroginecologia, pelo período mínimo de cinco anos.
Possuir habilidade/conhecimento especializado (s) que tornem o profissional uma autoridade no assunto	<ul style="list-style-type: none"> - Convidado a palestrante em evento científico de uroginecologia; - Título de pós-graduação Stricto sensu, com dissertação ou tese em temática relativa à área de uroginecologia; - Autoria em artigos (s) científicos na área de uroginecologia - Participação em banca (s) avaliadora (s) de trabalhos acadêmicos de Pós-graduação Stricto sensu com temática relativa na área de uroginecologia - Orientou trabalhos acadêmicos de Pós-graduação Stricto sensu com temática relativa à área de uroginecologia
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	<ul style="list-style-type: none"> - Título de pós-graduação Stricto sensu, com dissertação ou tese em temática relativa à área de validação de instrumentos de coleta de dados; - Autoria em artigo (s) científicos na área de validação de instrumento de coleta de dados - Participação em banca (s) avaliadora (s) de trabalhos acadêmicos de Pós-graduação Stricto sensu com temática relativa na área de validação de instrumento de coleta de dados - Orientou trabalhos acadêmicos de Pós-graduação Stricto sensu com temática relativa à validação de instrumentos de coleta de dados.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido, de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de uroginecologia; - Possuir trabalhos premiados em eventos científicos nacionais e internacionais cujo conteúdo seja referente à área de uroginecologia. - Trabalhos premiados em eventos científicos nacionais e internacionais cujo conteúdo seja referente à área de validação de instrumento de coleta de dados

Fonte: Elaborado pela autora

A técnica de amostragem para seleção dos juízes especialistas foi do tipo intencional, pois foram identificados, junto às professoras e aos membros do grupo de pesquisa da pesquisadora, nomes de profissionais da área de uroginecologia. O currículo dos profissionais indicados a serem incluídos na pesquisa foi verificado na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para identificação dos atributos de especialistas proposto por Jasper (1994) a partir de instrumento elaborado para esse fim (APÊNDICE A).

Aceitaram participar da pesquisa todos os 10 profissionais para os quais foram enviados convite via e-mail (APÊNDICE B). Foram enviados aos especialistas, junto aos agradecimentos por aceitar participar da pesquisa, e-mail com link e orientação para o acesso ao formulário (APÊNDICE C). O formulário foi dividido em quatro sessões descritas a seguir:

- I. Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sessão de preenchimento obrigatório para seguir as sessões seguintes (APÊNDICE D);

- II. Questionário para caracterização dos juízes (APÊNDICE E);
- III. Sinopse sobre definições de cada domínio CAP para as quais se criaram os itens, para fins de consulta (QUADRO 2); e
- IV. Instrumento para análise da escala proposta, o qual os juízes avaliaram os itens com relação a clareza da linguagem, a relevância teórica e identificaram o domínio representado pelo item (APÊNDICE F).

4.2.2.2 Apresentação dos resultados da análise dos juízes

A clareza de linguagem, diz respeito aos termos e a linguagem utilizada em cada um dos itens. Analisa se a forma de escrita e a redação apresentada são de fácil compreensão (HERNANDEZ-NIETO, 2002). Para avaliação da primeira versão da escala, no que se refere a clareza de linguagem, perguntou-se para os juízes o quanto o item se apresenta claro e compreensível para a gestantes.

A relevância teórica considera o grau de associação entre o item e o construto que pretende ser mensurado (HERNANDEZ-NIETO, 2002). Com relação a esse critério perguntou-se para os juízes o quanto o conteúdo do item é relevante para a escala.

Para os critérios de clareza de linguagem e relevância teórica foi utilizada escala tipo *Likert*, variando de 1 a 4 pontos, assim cada um dos 10 juízes deu uma nota conforme o nível de adequação do item.

Os dados obtidos a partir da avaliação dos juízes foram tabulados e analisados a fim de identificar itens que não estejam adequados aos objetivos do instrumento por meio do **Coefficiente de Validade de Conteúdo** (HERNANDEZ-NIETO, 2002).

Alguns autores têm chamado atenção para baixa precisão de análises estatísticas baseadas em médias simples ou ponderadas com amostra pequena de juízes, visto que nesses casos o intervalo de confiança será alargado. Dessa forma esses tipos de análises apresentam valores superestimados (LOPES *et al.*, 2012; BECKSTEAD *et al.*, 2009).

Outro aspecto que tem sido questionado é que cálculos rotineiramente utilizados para analisar respostas tipo *likert* necessitam de agrupamento de respostas positivas e negativas a fim de tornar a escala dicotômica. Essa prática altera fundamentalmente o significado da proporção resultante, já não reflete exatamente o que os especialistas responderam, nem quanto eles concordaram (BECKSTEAD *et al.*, 2009).

A escala deve ser pensada como tendo uma certa capacidade para transmitir o julgamento sobre os itens do especialista para o pesquisador. Essa capacidade está relacionada

ao número de categorias de resposta na escala, a amostra de especialistas que fornecem as avaliações e a amostra de itens sendo avaliado (BECKSTEAD *et al.*, 2009).

Assim, como proposto por Hernández-Nieto (2002) a validade de conteúdo relacionada à clareza de linguagem e a relevância teórica, foi analisada por meio da Coeficiente de Validade de Conteúdo para cada item do instrumento (CVC_c) e para o instrumento como um todo (CVC_t), como descrito a seguir:

- 1) Com base nas notas dos juízes (1 a 4), calcula-se a média das notas em cada item (M_x):

$$M_x = \frac{\sum_{i=1}^J x_i}{J}$$

Em que, $\sum_{i=1}^J x_i$ representa o somatório das notas dos juízes e J o número de juízes.

- 2) Baseando-se na média, calcula-se o CVC inicial de cada item (CVC_i)

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{máx}}$$

V_{máx} representa o valor máximo que o item pode receber (nesse caso, o valor é 4).

- 3) Calcula-se o erro (Pe_i) de cada item para descontar possíveis vieses dos juízes avaliadores:

$$Pe_i = \left(\frac{1}{J}\right)$$

- 4) Assim, o CVC final de cada item (CVC_c) será:

$$CVC_c = CVC_i - Pe_i$$

- 5) No cálculo do CVC total do questionário (CVC_t), para cada um dos critérios (clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica), sugere-se:

$$CVC_t = M_{CVC_i} - M_{Pe_i}$$

Em que M_{CVC_i} é a média dos coeficientes de validade dos itens do instrumento e M_{Pe_i} a média dos erros dos itens.

Como visto, o cálculo do CVC, não realiza agrupamento de respostas, pois considera para análise as respostas reais dos especialistas. Outro ponto que o torna um teste rigoroso é o cálculo do erro, e em vista de termos alcançado um $Pe_i=0,1$ para esse estudo o valor máximo possível a ser alcançado no CVC será de 0,9.

Hernández-Nieto (2002) recomenda que sejam considerados aceitos os itens que obtiverem um valor de $CVC_c > 0,8$ no quesito relevância teórica. Para o quesito clareza da linguagem, os itens que não alcançarem $CVC_c > 0,8$ devem ser reformulados e reencaminhados para nova avaliação dos juízes.

Ainda foi investigada a dimensão teórica para cada um dos 23 itens, isto é, se esses representam as dimensões do conhecimento, da atitude ou da prática. Para isso, os juízes responderam a qual dimensão o item se refere indicando uma das opções de resposta: conhecimento, atitude ou prática. A concordância dos juízes entre as opções de resposta foi analisada a partir do Coeficiente de Kappa de Cohen. A interpretação do nível de concordância foi realizada conforme classificação sugerida por Fleiss (1981), em que valores entre 0,01 a 0,39 apresentam concordância pobre; entre 0,40-0,75 satisfatória a bom; entre 0,76 e 1,0 excelente.

Conforme orienta a técnica *Delphi*, ao final de cada ciclo de avaliação as análises estatísticas e as recomendações dos juízes foram confrontadas com a literatura científica atualizada, de forma que as adequações realizadas na escala mantivessem sustentação teórica (Scarparo *et al.*, 2012).

4.2.3 Análise semântica dos itens – público alvo

Isso aqui entra no polo experimental?São

A segunda versão da escala foi submetida a avaliação semântica, desta vez realizada pelo público-alvo. Esta etapa tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para a população a qual o instrumento se destina (PASQUALI, 1998).

4.2.3.1 Local e período da avaliação

Essa etapa seguiu a técnica sugerida por Pasquali (1998), de modo que a escala foi aplicada a uma amostra de 30 gestantes e em seguida discutido sobre as dúvidas que os itens pudessem ter suscitado.

A coleta aconteceu em fevereiro de 2018, entre as pacientes do serviço de medicina materno fetal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), instituição pública no município de Fortaleza, no estado do Ceará. O serviço ambulatorial dessa maternidade realiza atendimento pré-natal de gestantes de alto risco diariamente, além dos serviços de mastologia,

ginecologia e uroginecologia, e ainda internação obstétrica e ginecológica.

A escolha do local para realização desta etapa se deu devido às chances elevadas de alcançar o estrato mais baixo da população alvo, além de possibilitar o encaminhamento aos serviços específicos caso se evidenciasse sintomas de IU entre as participantes.

As gestantes foram convidadas a participar da pesquisa ao chegar para a consulta pré-natal, quando foram explicados os objetivos do estudo. Todas as gestantes convidadas aceitaram participar. A entrevista aconteceu em sala de consultório após a leitura e assinatura do TCLE (APENDICE G).

Após aplicado os questionários as sugestões e observações realizadas pelas gestantes foram agrupadas para adequação dos itens e assim chegou-se a 3ª versão da escala.

4.3 Análise da versão final da escala

Com elaboração da 3ª versão da escala, a partir da análise semântica realizada pelo público-alvo, os itens foram submetidos a nova avaliação pelos juízes especialistas. Todos os participantes da primeira análise foram convidados a dar seu parecer quanto às modificações realizadas na escala.

Os juízes especialistas tiveram acesso ao formulário com a primeira, terceira e quarta versões dos itens da escala, mediante o link de acesso ao *googleforms*. Nessa etapa, os especialistas foram questionados sobre aprovação da última versão do item, com opções de resposta sim ou não. Com o intuito de verificar se os itens permaneciam representando as dimensões propostas, os juízes indicaram a partir de respostas de múltipla escolha a qual aspecto/fator o item estava associado.

A análise e apresentação da concordância entre os juízes especialistas nessa fase foi realizada usando o Coeficiente de Kappa de Cohen (FLEISS, 1981).

Os procedimentos teóricos da construção de instrumento de medida se encerraram com a análise dos juízes e apresentação do instrumento piloto (PASQUALI, 1999).

4.4 Aspectos éticos

Com o intuito de garantir os direitos dos participantes, respeitando-os, a pesquisa foi norteada com base nas normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado pela Resolução nº 466/12.

Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo a oportunidade de ler e esclarecer dúvidas antes da assinatura.

Foi respeitado o princípio de beneficência, visto que essa pesquisa não trouxe dano aos participantes. Foi contemplado o princípio de respeito à dignidade humana, pois todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, podendo decidir livremente sobre sua participação, e desistência em qualquer tempo do estudo, se assim desejassem.

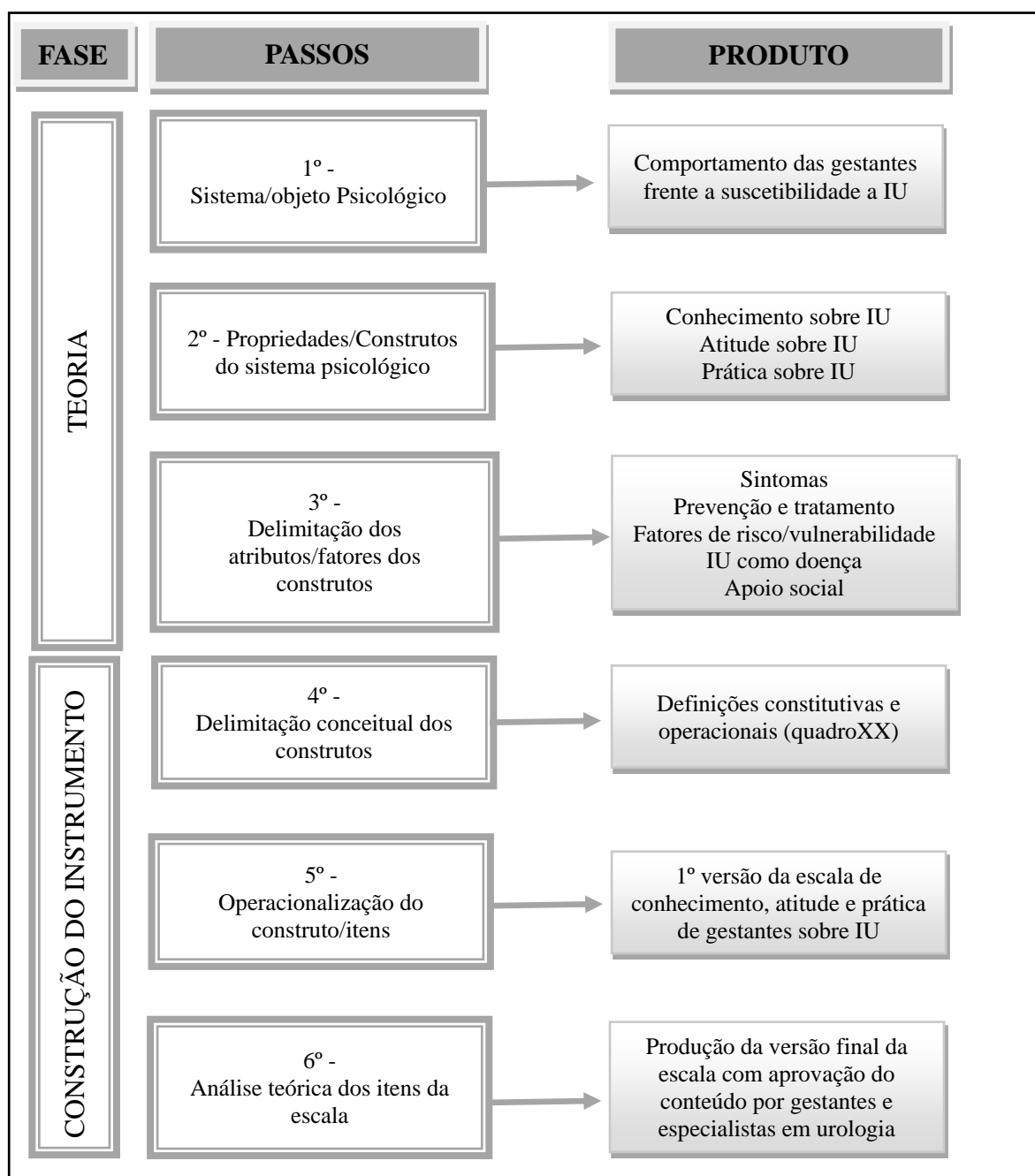
Ressalte-se que o anonimato e confidencialidade foram garantidos, bem como a privacidade, garantindo a utilização das informações apenas no âmbito deste estudo.

Assim esse estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovado com o parecer N° 2.510.984, CAAE 82395618.5.0000.5050 (ANEXO 1).

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O resultado de cada passo sugerido no modelo psicométrico de Pasquali (1999) obteve produtos que, de forma sistemática, levou a formulação da teoria e dos itens da escala. A figura 1 faz uma síntese dos produtos de cada um dos passos do modelo e que são detalhados nas sessões seguintes desse relatório.

Figura 2. Síntese dos produtos relacionados a cada fase do modelo psicométrico de Pasquali. Fortaleza, CE. 2017.



Fonte: Elaborada pelas autoras

5.1 Identificação e aprofundamento teórico do construto

A primeira etapa para elaboração de uma escala de medida é a identificação do interesse do autor pelo objeto de estudo, etapa chamada de “sistema psicológico”. Com a aproximação e identificação do objeto de interesse, segue-se para a etapa seguinte sugerida pelo referencial metodológico adotado que é a definição das “propriedades psicológicas”, ou seja, delimitação do tema a partir da definição clara e preliminar das propriedades/atributos do objeto de estudo.

Nesse contexto a autora, com atuação voltada à assistência obstétrica, obteve aproximação com tema “incontinência urinária em mulheres” a partir dos estudos epidemiológicos relacionados à prevalência, aos fatores de risco e à qualidade de vida realizados no grupo de pesquisa, o qual a autora é membro, inclusive publicando artigos na temática (SABOIA et al., 2017, no prelo).

Com o conhecimento das evidências sobre a alta prevalência da IU entre mulheres, o grave comprometimento da qualidade de vida, sendo a gestação e o parto fatores de risco importantes, suscitou-se o seguinte questionamento: “o que as mulheres fazem para prevenir a IU? Porque a IU é uma queixa pouco presente durante as consultas de pré-natal?”. Dessa forma emergiu a necessidade de esclarecer o comportamento das gestantes frente a IU, definindo-se assim o sistema psicológico desse estudo.

A ICS tem reforçado a necessidade de pesquisas referentes às percepções e atitudes sobre IU nas diversas populações, com vistas a elucidar o comportamento por busca de ajuda entre os diferentes perfis culturais e pessoais (ABRAMS, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (2008) aponta que lacunas de conhecimento, crenças culturais ou padrões comportamentais podem ser identificados a partir de pesquisas de Conhecimento, da Atitude e da Prática (CAP). Essas pesquisas têm se mostrado importantes para avaliar a percepção, a capacidade e vontade de indivíduos participarem de certos programas de saúde (VANDAMME, 2009).

Em vista dessas recomendações optou-se por definir o “Conhecimento, a Atitude e a Prática (CAP)” como os atributos a serem mensurados do “comportamento das gestantes frente a suscetibilidade a IU”.

5.2 Delimitação dos atributos dos construtos

Para elucidar a dimensão de cada um dos construtos fez-se necessário realizar busca na literatura para determinar os atributos que as compõe.

Esta revisão integrativa seguiu os seis passos propostos na literatura especializada (GALVÃO, 2008). O foco foi identificar artigos que tratassem do conhecimento, atitude e prática de mulheres sobre IU. A busca da literatura foi realizada em julho/2017 nas seguintes bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), *PubMed* (*Public/Publish Medline*) e Scopus. Foram utilizados os descritores controlados “*Health Knowledge, Attitudes, Practice*” e “*Urinary incontinence*”, disponível no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed) e seus equivalentes em português e espanhol.

Foram incluídos nesta revisão integrativa todos os artigos completos, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português que avaliaram o Conhecimento e/ou Atitude e/ou Prática de mulheres sobre IU. Foram excluídos artigos que investigaram exclusivamente pessoas do sexo masculino, a atuação profissional ou estratégias de ensino acadêmico, por não responderem a questão de pesquisa, assim como estudos que não descreviam nenhum procedimento de validação do instrumento (avaliação de especialistas e/ou teste piloto com público alvo e/ou avaliação da consistência interna dos itens) utilizado na pesquisa para coleta de dados sobre conhecimento, atitude ou prática. Não houve delimitação temporal para a busca.

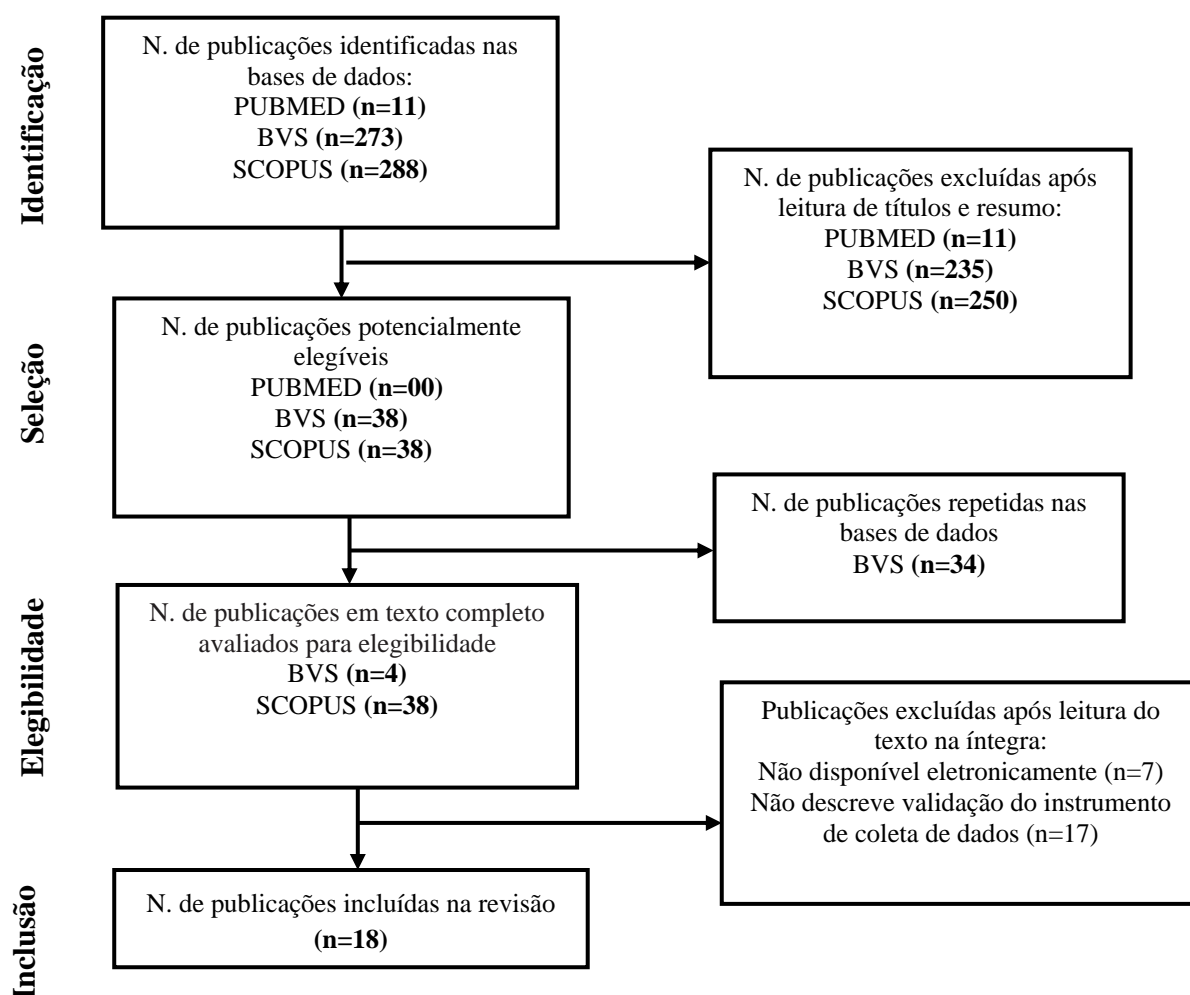
Como critérios de análise os elementos CAP foram definidos como seguem: 1. Conhecimento: conhecimento da IU como doença, sua etiologia, formas de prevenção e tratamento; 2. Atitude: compreensão sobre a necessidade de procurar ajuda profissional para tratamento ou prevenção da IU; 3. Prática: comportamento de buscar ajuda profissional e a realização de tratamento ou medidas preventivas.

A sumarização das informações dos artigos selecionados foi realizada por meio de formulário de coleta de dados, elaborado a partir de protocolo de revisão, contendo os seguintes itens: base de dados, título do artigo, ano de publicação, autores, local da pesquisa, objetivo, tipo de estudo, caracterização da amostra de participantes, caracterização do instrumento de coleta de dados, identificação de qual dos elementos CAP o instrumento mensurou, especificação dos fatores utilizados para avaliar cada um dos elementos CAP, resultados e conclusões. Os artigos receberam identificação numérica, de ordem crescente com base no ano de publicação. A análise dos dados envolveu a avaliação das variáveis estudadas para interpretação e descrição dos resultados obtidos.

No total 572 artigos foram encontrados. Com base em nossos critérios de inclusão e exclusão restaram 18 artigos para releitura e sumarização (Figura 2). Dentre estes, três foram

publicados em revistas especializadas em uroginecologia (O'DONNELL *et al.*, 2005; GEOFFRION *et al.*, 2009; ZHANG *et al.*, 2016). Outros quatro artigos foram publicados em revistas especializadas em ginecologia e obstetrícia (SALEH *et al.*, 2005; PERERA *et al.*, 2014; DUNIVAN *et al.*, 2015; MANDIMIKA *et al.*, 2015), uma em saúde comunitária (YUAN, H WILLIAMS, B. A. 2010) e uma (BRANCH, *et al.*, 1994) em geriatria. Fizeram parte da seleção ainda uma publicação em revista médica generalista (GUILLEN LOPEZ *et al.*, 2003) e quatro em revistas de enfermagem generalista (KIM *et al.*, 2004; LIAO *et al.*, 2006; WANG *et al.*, 2014; DE GAGNE *et al.*, 2015), além de quatro em enfermagem especializada em urologia e estomas (KELLER *et al.*, 1999; BUSH *et al.*, 2001; KANG *et al.*, 2009; YUAN *et al.*, 2011).

Figura 3 – Diagrama PRISMA na identificação da literatura. Fortaleza, CE. 2017.



Quadro 2. Síntese das evidências dos artigos selecionados com relação de Instrumento de Coleta de Dados (ICD), dimensão CAP investigada e conclusões. Fortaleza, CE. 2017.

Referência	ICD ¹ Tipo de Validação ²	Referência original do ICD	Dimensão CAP	Conclusão
Branch et al., 1994. Estados Unidos da América	¹ <i>Incontinence Quiz</i> ² Conteúdo	Elaborado pelo autor	C	Existem lacunas substanciais no conhecimento de pessoas mais velhas acerca da IU, especialmente as com menor escolaridade e idade ≥ 85 anos.
Keller et al., 1999. Estados Unidos da América	¹ <i>Incontinence Quiz</i> ² Conteúdo	Branch et al. 1994.	C/P	Ideias falsas sobre as causas e disponibilidade de tratamento sobre IU podem dificultar a procura por cuidados para esta condição.
Bush et al., 2001. Estados Unidos da América	¹ Não nomeado ² Face e conteúdo	Elaborado pelo autor	C/A	Apesar das mulheres manifestarem que procurariam profissional de saúde se incontinentes, demonstraram necessidade de mais informações sobre IU.
Guillen Lopez et al., 2003. Perú	¹ <i>Incontinence Quiz.</i> ² Transcultural	Branch et al. 1994.	C	Foi demonstrado pobre conhecimento geral sobre IU, sendo necessário intervenção dos profissionais da saúde na educação da população.
Kim et al., 2004. Coréia	¹ <i>Incontinence Quiz.</i> ² Transcultural	Branch et al. 1994.	C	Foram revelados equívocos substanciais sobre UI entre as mulheres mais velhas da comunidade, demonstrando a necessidade de educacionais para aumentar o conhecimento de UI.
Saleh et al., 2005. Catar	¹ MENQOL ² Transcultural	Bener et al. 2000	C/A/P	As mulheres estudadas apresentam equívocos sobre as causas da IU e não procuram cuidados médicos por vergonha, o que causa subnotificação dos casos.
O'Donnell et al., 2005. França, Alemanha, Espanha, Inglaterra	¹ Não nomeado ² Transcultural	Hunsaar et al. 2004	P	A disposição para aceitar uso de medicamentos a longo prazo e ter falado com outras pessoas sobre IU são preditores para procura de ajuda nos países estudados (França, Alemanha, Espanha, Inglaterra).
Liao et al., 2006. China	¹ Não nomeado ² Face e Conteúdo	Elaborado pelo autor	C/A	A melhoria do conhecimento sobre IU e TMAP aumenta a capacidade das mulheres em gerir a IU. Programas de TMAP tem efeitos positivos no conhecimento sobre IU
Geoffrion et al., 2009 Canadá	¹ <i>Focused knowledge questionnaire</i>	Elaborado pelo autor	C	O conhecimento, os sintomas e a qualidade de vida melhoraram significativamente após 3 meses em

	² Face e conteúdo			comparação com a pontuação pré-workshop sobre saúde do assoalho pélvico.
Kang et al., 2009 Estados Unidos da América	¹ <i>Incontinence Quiz</i> . ² Transcultural para mulheres coreanas residentes nos EUA	Branch et al. 1994.	C	As mulheres coreanas com IU tendem a ter menos conhecimento e atitudes mais negativas em relação à IU do que a população em geral.
Yuan, H., Williams, B. A. 2010. China	¹ UIKS* ² Consistencia interna	Elaborado pelo autor	C	As pessoas mais velhas tiveram fraco nível de conhecimento relacionado a fatores de risco, prevenção, tratamento e manejo da incontinência urinária
Yuan et al., 2011 China	UIAS** ² Consistencia interna	Elaborado pelo autor	A	Pessoas mais velhas consideraram a UI como vergonhosa, sua própria culpa e não evitável. Apesar desses sentimentos, eles acham que UI não era um problema suficientemente grave para justificar tratamento.
Perera et al., 2014 Sri Lanka	¹ Não nomeado ² Conteúdo	Elaborado pelo autor	C/P	A IUE é um problema negligenciado com um mau comportamento de busca de cuidados de saúde.
Wang et al., 2014. China	¹ Não nomeado ² Consistencia interna	Elaborado pelo autor	A	Atitudes em relação à busca de tratamento para UI são geralmente negativos e relaciona-se com estigma social
Dunivan et al., 2015 Estados Unidos da América	¹ PIKQ*** ² Consistencia interna	Shah et al. 2008	C	Mulheres idosas, indígenas americanas demonstraram conhecimento sobre IU semelhante a amostra de população em geral.
Mandimika et al., 2015. Estados Unidos da América	¹ PIKQ*** ² Consistencia interna	Shah et al. 2008	C	Existem disparidades raciais significativas das mulheres em relação ao conhecimento da etiologia e opções de tratamento para IU.
De Gagne et al., 2015. Coréia	¹ UIKS*; UIAS** ² Transcultural	Yuan et al. 2010. Yuan et al. 2011	C/A	O programa de intervenção foi bem recebido e eficaz na mudança de conhecimentos e atitudes sobre IU.
Zhang et al., 2016. China	¹ Não nomeado ² Face e conteúdo	Elaborado pelo autor	C/A/P	Mulheres jovens, em Xangai, tem CAP baixos. Intervenção educativa deve acontecer principalmente em mulheres com idade reprodutiva.

*Urinary Incontinence Knowledge Scale

**Urinary Incontinence Attitude Scale

***Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire

As pesquisas se concentraram nos continentes norte americano (n=7) e asiático (n=9). As populações mais estudadas foram dos EUA (BRANCH, *et al.*, 1994; KELLER, *et al.*, 1999; BUSH, *et al.*, 2001; KANG, *et al.*, 2009; DUNIVAN, *et al.*, 2015; MANDIMIKA, *et al.*, 2015) e da China (LIAO *et al.*, 2006; YUAN, H., WILLIAMS, B. A. 2010; YUAN *et al.*, 2011; WANG, *et al.*, 2014; ZHANG, *et al.*, 2016).

Quanto ao delineamento metodológico, 14 foram estudos transversais (BRANCH *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; BUSH, *et al.*, 2001; GUILLEN LOPEZ *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; SALEH *et al.*, 2005; O'DONNELL *et al.*, 2005; KANG *et al.*, 2009; YUAN, H WILLIAMS, B. A. 2010; YUAN *et al.*, 2011; PERERA *et al.*, 2014; WANG *et al.*, 2014; DUNIVAN *et al.*, 2015; MANDIMIKA *et al.*, 2015). Três são quase experimentais, cujo objetivo consistiu em avaliar efeitos de intervenções educativas (DE GAGNE *et al.*, 2015; LIAO *et al.*, 2006; GEOFFRION *et al.*, 2009). E um artigo era ensaio clínico randomizado, o qual avaliou a eficácia de intervenção educativa em relação ao Conhecimento, a Atitude e a Prática sobre IU (ZHANG *et al.*, 2016).

Os artigos tiveram amostras com características diversas. Ter IU foi critério de inclusão para quatro estudos (O'DONNELL *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; KANG *et al.*, 2009; WANG *et al.*, 2014). Muitos artigos trouxeram amostras restritas a mulher idosa (BRANCH, *et al.*, 1994; KIM *et al.*, 2004; SALEH *et al.*, 2005; GEOFFRION *et al.*, 2009; YUAN, H., WILLIAMS, B. A. 2010; YUAN *et al.*, 2011; WANG *et al.*, 2014; DUNIVAN *et al.*, 2015; DE GAGNE *et al.*, 2015) ou a mulher em idade reprodutiva (ZHANG *et al.*, 2016). Os investigados foram captados em ambientes urbanos (BRANCH, *et al.*, 1994; GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; LIAO *et al.*, 2006; KANG *et al.*, 2009; YUAN, H., WILLIAMS, B. A. 2010; YUAN *et al.*, 2011; PERERA, *et al.*, 2014; DUNIVAN *et al.*, 2015) rurais (KELLER *et al.*, 1999; DUNIVAN *et al.*, 2015; DE GAGNE *et al.*, 2015), hospitais (GUILLEN LOPEZ *et al.*, 2003), serviços de saúde primária (SALEH *et al.*, 2005; WANG *et al.*, 2014) e ambulatório especializado (PERERA, *et al.*, 2014). Variáveis culturais foram estudadas a partir da raça (MANDIMIKA *et al.*, 2015) e etnia (DUNIVAN *et al.*, 2015).

O interesse em identificar e avaliar algum dos elementos do CAP sobre IU é descrito desde 1994, utilizando uma grande variedade de instrumentos validados (Quadro 1).

O conhecimento foi avaliado em 15 artigos (BRANCH, *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; SALEH *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; GEOFFRION *et al.*, 2009; KANG *et al.*, 2009; YUAN, H., WILLIAMS, B. A. 2010; PERERA, *et al.*, 2014; DUNIVAN *et al.*, 2015; MANDIMIKA *et al.*, 2015; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016) e todos concluem que existe desinformação sobre a IU nas

populações estudadas.

A intenção de busca de cuidados de saúde para IU foi estudada em sete artigos (BUSH *et al.*, 2001; SALEH *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; YUAN *et al.*, 2011; WANG *et al.*, 2014; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016), apenas um estudo evidencia uma atitude adequada em mais de 70% das participantes (SALEH *et al.*, 2005).

Todos os artigos desta revisão que investigaram o item prática revelaram baixas taxas de busca por cuidados (KELLER *et al.*, 1999; SALEH *et al.*, 2005; O'DONNELL *et al.*, 2005; PERERA, *et al.*, 2014; ZHANG *et al.*, 2016).

Dos 18 artigos selecionados, apenas dois avaliaram todos os elementos CAP (SALEH *et al.*, 2005; ZHANG *et al.*, 2016), descrevendo qual nível de conhecimento, reconhecimento sobre a necessidade de tratamento ou prevenção e ainda a procura de cuidados. Ambos informam validação de face e conteúdo, mas não descrevem a realização de teste de confiabilidade do instrumento de coleta de dados. A população investigada por estes estudos diferiu. Em um estudo foram envolvidas mulheres em idade reprodutiva (ZHANG *et al.*, 2016) e no outro, mulheres entre 45 e 65 anos (SALEH *et al.*, 2005).

Conhecimento sobre IU

Instrumentos de coleta de dados

O estudo mais antigo encontrado nesta revisão buscava investigar o conhecimento sobre IU em 1.140 homens e mulheres, acima de 65 anos, pré-intervenção (Branch *et al.*, 1994). Para tanto os autores utilizaram o *Incontinence Quiz*, instrumento desenvolvido e validado pelos autores, com a parceria do departamento de saúde pública de Massachusetts (EUA) para avaliar intervenções educativas. O *Incontinence Quiz* também foi usado em outros estudos (KELLER *et al.*, 1999; GUILLEN LOPEZ *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; KANG *et al.*, 2009).

Em Lima, no Peru, foram investigados homens e mulheres em ambiente hospitalar⁴ e, na Coreia, mulheres da comunidade acima de 55 anos⁵. Para aplicar o mesmo instrumento em população de mulheres coreanas residentes nos Estados Unidos, especialistas submeteram o instrumento original em inglês e a versão coreana a teste de confiabilidade, a partir da análise de alfa de Cronbach (KANG *et al.*, 2009). Este questionário contém 14 afirmações sobre IU que envolvem etiologia, tratamento, efeitos da IU, relação com envelhecimento e relação com médico. As opções de resposta são “concordo”, “descordo” e “não sei”.

O instrumento *Prolapse and Incontinence Knowledge Questionnaire* (PIKQ), foi validado originalmente por Shah *et al.* (2008) em estudo de mulheres norteamericanas, o qual apresentou excelente consistência interna. Esse foi o questionário aplicado ainda em outras duas

pesquisas nos EUA (DUNIVAN *et al.*, 2015; MANDIMIKA *et al.*, 2015), ambos com o intuito de avaliar o conhecimento entre diferentes raças e etnias. O questionário é composto por 12 itens que envolvem etiologia, diagnóstico e tratamento da IU e prolapso de órgãos pélvicos (POP), com três respostas possíveis “sim”, “não” e “não sei”. Deve ser atribuído um ponto para cada resposta certa e zero para cada resposta “não sei”, incorreta ou em branco. O estudo de validação do instrumento sugere como proficiência, no mínimo, 80% de acertos, muito embora os estudos encontrados nessa revisão consideraram boa medida de conhecimento 50% de acertos (DUNIVAN *et al.*, 2015; MANDIMIKA *et al.*, 2015).

A *Urinary Incontinence Knowledge Scale (UIKS)*, instrumento elaborado e validado por Yuan (2010), teve a consistência interna testada entre enfermeiras com atuação em comunidades e entre pessoas idosas da China (YAN *et al.*, 2010). O estudo de De Gange *et al.*, (2015) validou o UIKS para aplicação em mulheres coreanas. As questões da UIKS são relacionadas ao conhecimento sobre fatores de risco, impacto, prevenção, tratamento e gerenciamento da IU. Tratam-se de 30 itens com respostas dicotômicas (1=correto, 2= falso ou não sei), em que uma taxa de acertos menor que 60% indica mau conhecimento, de 60% a 80% indica conhecimento moderado, e mais de 80% indica bom conhecimento.

O *Focused knowledge questionnaire* elaborado especificamente para o estudo de Geoffrion *et al.* (2009), foi submetido a validação com especialistas. É composto por 15 questões que abordam sintomas urinários, nove sobre exercícios dos músculos do assoalho pélvico, seis sobre função de órgão pélvico, três abordaram anatomia pélvica, três sobre prolapso de órgãos pélvicos e três abordaram constipação. A pontuação total pode variar entre 0 e 39, com escores mais altos indicando melhor conhecimento. As demais investigações submeteram os instrumentos de coleta de dados a validação de face e conteúdo.

Com objetivo de avaliar os efeitos de intervenção educativa em mulheres de Taiwan foi construída e validada por especialistas e público alvo uma escala de conhecimento relacionados com IU e TMAP (LIAO *et al.*, 2006). O conteúdo das 20 declarações incluiu fatores de risco, opções de tratamento e estratégias de gerenciamento da IU.

Para a investigação de Bush *et al.*, (2001) foi realizada validação de face e conteúdo das dez perguntas desenvolvidas para extrair crenças e conhecimento, a liberdade de diálogo, a disponibilidade de informação, a incidência, os comportamentos de busca de tratamento e a eficácia do tratamento da IU.

Estudo desenvolvido no Catar descreve a tradução e validação com público alvo de instrumento validado anteriormente (SALEH *et al.*, 2005), porém não descreve o instrumento com detalhes. Perera *et al.* (2014) construíram e validaram com especialistas questionário que

foi usado para coletar informações sobre a prevalência, conhecimento, percepções, comportamento em busca de saúde e fatores associados que possam predispor a incontinência urinária.

O instrumento utilizado por Zhang *et al.*, (2016) foi submetido a validação de face e conteúdo. O instrumento abordou conhecimento sobre incontinência urinária de esforço e o significado de um teste de força dos músculos do assoalho pélvico no pós-parto, atitude em relação à incontinência urinária de esforço e a necessidade de um teste de força dos músculos do assoalho pélvico no pós-parto, além de verificar o comportamento em relação à incontinência urinária de esforço e a aceitação de um teste de força dos músculos do assoalho pélvico no pós-parto, busca por ajuda médica, aceitação do treinamento dos músculos do assoalho pélvico durante o pós-parto.

Identificação e avaliação dos estudos

A desinformação sobre etiologia da IU é destacada em oito dos artigos selecionados (BRANCH, *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; BUSH *et al.*, 2001; KIM *et al.*, 2004; SALEH *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; YUAN, H., Williams, B. A. 2010; MANDIMIKA *et al.*, 2015). A afirmação de que a IU é parte normal do envelhecimento é encontrada com recorrência nos instrumentos de coleta de dados, e 40% a 75% dos indivíduos estudados concordam com essa declaração (BRANCH, *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; BUSH *et al.*, 2001; KIM *et al.*, 2004; SALEH *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; YUAN, H., Williams, B. A. 2010). A IU foi relacionada ainda à condição natural do gênero feminino, quando o parto e a menopausa foram mencionados como causas da IU por participantes de diversas investigações (KIM *et al.*, 2004; SALEH *et al.*, 2005; LIAO *et al.*, 2006; MANDIMIKA *et al.*, 2015). Os estudos mostram realidades onde aproximadamente 50% das mulheres pesquisadas tem desconhecimento total sobre a causa da IU (PERERA, *et al.*, 2014) e não reconhecem a IU como doença (PERERA, *et al.*, 2014).

Os equívocos sobre o tratamento e prevenção também são pontuados (BRANCH, *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; BUSH *et al.*, 2001; GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; KANG *et al.*, 2009). Entre os estudos que investigaram o conhecimento sobre exercícios para fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico entre 30% e 63% das amostras estudadas desconheciam essa possibilidade de tratamento e prevenção da IU (BUSH *et al.*, 2001; BRANCH, *et al.*, 1994; GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; KANG *et al.*, 2009). Entre os estudos que abordaram a afirmação “O melhor tratamento para a perda involuntária de urina é geralmente a cirurgia” um evidenciou que mais de 50% da população concordou com a questão (GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003), nos outros quatro artigos, entre

40% e 60% dos investigados discordam dessa afirmação (BRANCH, *et al.*, 1994; BUSH *et al.*, 2001; KIM *et al.*, 2004; KANG *et al.*, 2009). Para a afirmação “Uma vez que as pessoas comecem a perder o controle de sua urina elas, geralmente, nunca poderão recuperar o controle completo novamente” houve uma taxa de discordância abaixo de 50% em três estudos (BRANCH, *et al.*, 1994; KIM *et al.*, 2004; DUNIVAN *et al.*, 2015) e taxas de 65% (KELLER *et al.*, 1999) e 83% (GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003) nos outros dois artigos.

Apenas um estudo demonstrou associação do status da continência com o nível de conhecimento sobre IU. Perera *et al.*, (2014) revelaram que a IU é entendida como fenômeno normal por 55,7% das mulheres continentas e por 23,46% das mulheres que vivenciam a IU.

Quando verificado o nível de conhecimento entre o grupo que realiza tratamento para IU e o grupo sem tratamento, aqueles que buscaram tratamento tiveram maior pontuação média para conhecimento relacionado à IU⁵.

Para Branch *et al.*, (1994) a idade mais avançada parece estar relacionada a melhores níveis de conhecimento sobre o tratamento e consequências da IU. Estes autores sugerem que isso ocorra devido ao nível de experiência de pessoas idosas. Contudo, sua investigação aponta lacunas de conhecimento ao investigar 1140 homens e mulheres com mais de 65 anos.

O estudo de Yuan *et al.*, (2010), realizado com mulheres acima de 60 anos, concluiu que as pessoas mais velhas tiveram um nível de conhecimento moderado sobre o impacto da IU, porém um fraco nível de conhecimento relacionado a fatores de risco, prevenção, tratamento e manejo da IU.

O comprometimento do conhecimento foi associado a baixo nível de escolaridade (SALEH *et al.*, 2005; MANDIMIKA *et al.*, 2015), bem como, indivíduos com maior escolaridade demonstram ter maior conhecimento sobre a possibilidade de tratamento. No estudo de Guillen *et al.*, (2003) houve relação entre maior nível de instrução e resposta correta a questão “a IU é um problema causado por várias condições médicas tratáveis”.

Com objetivo de avaliar as diferenças raciais no conhecimento dos distúrbios do assoalho pélvico entre 416 mulheres residentes em comunidade americana, após ajuste de variáveis socioeconômicas (idade, renda, escolaridade) e clínicas de IU, observou-se resultados de que as afro-americanas e outras raças (hispânica e asiáticas) têm maior chance de desconhecer a etiologia da IU em comparação com mulheres brancas (IC 95%, OR= 3,05 e 3,59, respectivamente) (MANDIMIKA *et al.*, 2015). Mulheres hispânicas e asiáticas possuem ainda maior chance de não conhecer as possibilidades de tratamento da IU em comparação com as de raça branca (IC 95%, OR= 2,38) (MANDIMIKA *et al.*, 2015).

Investigação de Dunivan *et al.* (2015) avaliou o conhecimento sobre IU entre índias americanas, em uma amostra com baixo nível de escolaridade e renda em sua maioria. O resultado do estudo revelou média de escores baixos no PIKQ, além de identificar presença de barreiras no acesso ao serviço de saúde, relacionada principalmente ao custo e ao tempo de espera para consulta.

Atitude sobre IU

Os artigos selecionados que identificam a atitude das mulheres, ou seja, a intenção em procurar por cuidados de saúde, tinham como objetivos: compreender as barreiras na busca por prevenção/tratamento da IU (BUSH *et al.*, 2001; SALEH *et al.*, 2005; YUAN *et al.*, 2011; WANG *et al.*, 2014), ou avaliar a eficácia de intervenções educativas que tinham por finalidade influenciar a atitude dos participantes (LIAO *et al.*, 2006; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016).

A maioria dos artigos conclui que a atitude entre as populações estudadas tem relação negativa com a IU (LIAO *et al.*, 2006; WANG *et al.*, 2014; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016). Dentre todos os estudos avaliados apenas a pesquisa de Saleh *et al.*, (2005) evidenciou atitudes positivas para a maioria das mulheres investigadas, 77,3% e 70,5%, entre incontinentes e continentes, respectivamente. Bush *et al.*, 2001 consideraram satisfatório o percentual (58%) de mulheres incontinentes que afirmam ter intenção de buscar tratamento para IU.

Instrumentos de coleta de dados

O *Urinary Incontinence Attitude Scale* (UIAS) composto de 15 itens que mensuram atitudes em relação aos sintomas do trato urinário inferior, prevenção, tratamento e gerenciamento foi desenvolvido e validado por Yuan *et al.*, (2011). Cada item no UIAS é pontuado numa escala de Likert de 4 pontos que variam de discordo totalmente a concordo plenamente, quanto maior o total de escores mais positiva a atitude. Neste estudo os entrevistados, idosos da comunidade, não estavam dispostos a falar sobre o assunto e consideravam que a IU não é grave o suficiente para justificar o tratamento. Os entrevistados relataram ainda que a IU era vergonhosa e frustrante para ser cuidada.

A mesma escala foi utilizada em população coreana (DE GAGNE *et al.*, 2015). Para este estudo a escala foi utilizada para verificar a atitude entre 20 participantes de intervenção educativa sobre IU. Três itens da escala apresentaram diferenças significativas antes e depois da intervenção, quando o item “IU não é grave o suficiente para justificar o tratamento”

apresentou escore inferior após intervenção. Os autores sugerem que este resultado demonstra que houve erro de interpretação dos itens da escala, visto que esta apresentou baixa confiabilidade (Alfa de Cronbach=0,58) na validação transcultural do instrumento para o coreano.

Um estudo chinês analisou as atitudes de busca por tratamento e enfrentamento social da IU (WANG *et al.*, 2014). A investigação identificou que a população estudada possui atitude negativa associada ao estigma social. A escala utilizada foi desenvolvida e validada pelos autores (IVC = 0,92 e alfa de Cronbach = 0,75), os itens medem o reconhecimento da necessidade de tratamento IU, a abertura em falar com profissionais de saúde sobre sintomas de IU, a tolerância as reações de outras pessoas associada a divulgação da IU e a confiança no tratamento da IU. A escala contém 24 itens, com resposta variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo fortemente), em que pontuações mais elevadas refletem atitudes mais positivas em relação ao tratamento da IU (WANG *et al.*, 2014).

Da mesma forma, outros estudiosos descrevem a validação do instrumento de coleta de dados usada em seu estudo e comprova boa confiabilidade (alfa de Cronbach = 0,9) (LIAO *et al.*, 2006). A escala possui 11 itens relacionados a atitude sobre IU e 13 relacionados a atitude sobre Treinamento da Musculatura do Assoalho Pélvico (TMAP). A maior pontuação indica que uma mulher possui atitude mais negativa em relação IU. Neste estudo, a atitude foi avaliada antes e depois de intervenção educativa, e os resultados apresentaram escores negativos sem diferença significativa antes e depois da intervenção.

Prática sobre IU

O comportamento de busca por cuidados de saúde, no qual o indivíduo procura ou não o profissional para relatar a perda involuntária de urina e adere aos métodos de tratamentos ou de prevenção, são investigados a fim de se conhecer as populações não contempladas por cuidados profissionais.

Todos os artigos desta revisão que investigaram o item prática revelaram baixas taxas de busca por cuidados (KELLER *et al.*, 1999; SALEH *et al.*, 2005; O'DONNELL *et al.*, 2005; PERERA, *et al.*, 2014; ZHANG *et al.*, 2016). Mesmo o estudo que evidenciou uma atitude mais positiva, na prática, os indivíduos não procuraram os serviços de saúde (SALEH *et al.*, 2005).

As razões para esse achado têm sido relacionadas ao conhecimento inadequado sobre IU (PERERA, *et al.*, 2014), uma vez que as populações estudadas desconhecem a possibilidade de tratamento (PERERA, *et al.*, 2014).

A vergonha em falar sobre o assunto, inclusive com profissionais da saúde, foi também encontrada como importante barreira à procura de cuidados para IU (SALEH *et al.*, 2005; O'DONNELL *et al.*, 2005; YUAN *et al.*, 2011; PERERA, *et al.*, 2014). O constrangimento é ainda maior quando se trata de profissional do sexo masculino (SALEH *et al.*, 2005). Medo de cirurgias (PERERA, *et al.*, 2014), falta de tempo (DUNIVAN *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016), custos e inconveniência (ZHANG *et al.*, 2016) e não considerar os sintomas graves o suficiente também foram citados como barreiras para a procura de cuidados.

O acesso limitado aos serviços de saúde parece ter influenciado as baixas taxas por procura de cuidados de saúde no estudo de Zhang *et al.*, (2006), de forma que mesmo após a intervenção educativa não houve diferenças significativas na prática da população estudada.

Estudo realizado com 1.573 mulheres incontinentes na França, Alemanha, Espanha e Reino Unido revelou que apenas 34% destas haviam procurado assistência profissional e 62% relataram ter discutido sobre sintomas da IU com alguém que não o médico. Este estudo destaca que a disposição em tomar medicamentos, ter falado com outras pessoas sobre IU e a incontinência de urgência foram fatores preditivos de comportamento de busca de ajuda profissional. Na Alemanha, Espanha e Reino Unido as taxas de consultas mais elevadas foram encontradas em mulheres que consideravam a IU de moderada a extremamente incômoda, e em mulheres que relataram visitar seu médico três ou mais vezes no último ano⁷.

Em investigação com 400 mulheres do Siri Lanka, apenas 16,7% dos pacientes que se queixavam de episódios diários tinham procurado tratamento (PERERA *et al.*, 2014). O estudo de Saleh *et al.* (2005) traz resultados de que 45% da população incontinente procurou profissional para tratar a IU, 30% informa autotratamento com ervas e orações, 16% consulta amigos e 7,7% nunca buscaram qualquer tratamento para IU.

Os instrumentos utilizados para investigação da prática sobre IU não são detalhados na maioria dos estudos desta revisão (KELLER *et al.*, 1999; SALEH *et al.*, 2005; O'DONNELL *et al.*, 2005; PERERA, *et al.*, 2014), todos foram submetidos a validação de face e conteúdo, por especialistas (KELLER *et al.*, 1999; SALEH *et al.*, 2005; O'DONNELL *et al.*, 2005; PERERA, *et al.*, 2014; ZHANG *et al.*, 2016). Instrumento utilizado em uma pesquisa multicêntrica (O'DONNELL *et al.*, 2005) foi submetido a estudo de confiabilidade para cada país em que o instrumento foi aplicado. O *Incontinence Quiz* sofreu alteração ao ser acrescentado o questionamento sobre procura por tratamento para IU (KELLER *et al.*, 1999).

Relação entre o conhecimento, a atitude e a prática sobre IU

O volume de publicações que retratam o conhecimento de mulheres sobre IU se destaca entre os outros elementos do CAP o que evidencia o maior interesse da comunidade científica em avaliar este aspecto.

Não foram encontrados artigos que submeteram o instrumento de coleta de dados a teste de confiabilidade para todos os elementos CAP, tampouco foi encontrado instrumento com validação no idioma português.

Os 18 artigos desta revisão, com a diversidade de objetivos, instrumentos de coleta de informação e populações estudadas, trazem compreensões amplas sobre Conhecimento, Atitude e Prática de mulheres sobre IU. Percebe-se que os fatores avaliados na dimensão conhecimento são: **entendimento da IU enquanto doença** (PERERA, *et al.*, 2014), **conhecimento dos fatores de risco** (BRANCH, *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; GEOFFRION *et al.*, 2009; KANG *et al.*, 2009; YUAN, H., WILLIAMS, B. A. 2010; PERERA, *et al.*, 2014; WANG *et al.*, 2014; DUNIVAN *et al.*, 2015; MANDIMIKA *et al.*, 2015; DE GAGNE *et al.*, 2015), **formas de prevenir** (BRANCH, *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; LIAO *et al.*, 2006; GEOFFRION *et al.*, 2009; KANG *et al.*, 2009; YUAN, H., WILLIAMS, B. A. 2010; DE GAGNE *et al.*, 2015) e **tratar a IU** (BRANCH, *et al.*, 1994; KELLER *et al.*, 1999; GUILLEN LOPEZ, *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; LIAO *et al.*, 2006; GEOFFRION *et al.*, 2009; KANG *et al.*, 2009; YUAN, H., WILLIAMS, B. A. 2010; DUNIVAN *et al.*, 2015; MANDIMIKA *et al.*, 2015; DE GAGNE *et al.*, 2015).

Na dimensão atitude os fatores avaliados foram: **intenção de busca por prevenção** (LIAO *et al.*, 2006; YUAN *et al.*, 2011; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016) e **tratamento** (YUAN *et al.*, 2011; WANG *et al.*, 2014; DE GAGNE *et al.*, 2015; ZHANG *et al.*, 2016), além de **percepção de apoio social e profissional** (WANG *et al.*, 2014).

Os itens que a avaliaram prática restringiram-se aos fatores que verificam a realização de medidas de **prevenção** (ZHANG *et al.*, 2016) e **tratamento** (KELLER *et al.*, 1999; SALEH *et al.*, 2005; O'DONNELL *et al.*, 2005; PERERA, *et al.*, 2014; ZHANG *et al.*, 2016).

A análise de alguns estudos evidencia que o conhecimento inadequado não se traduziu em atitude inadequada (BUSH *et al.*, 2001; SALEH *et al.*, 2005), assim como atitude adequada por si só não levou a esperada busca por cuidados de saúde (SALEH *et al.*, 2005). Intervenções educativas não levaram a mudança significativa na atitude dos participantes (LIAO *et al.*, 2006; DE GAGNE *et al.*, 2015). Os estudos mostram que a percepção da

gravidade dos sintomas e fatores culturais influenciam na decisão por procurar cuidados de saúde (LIAO *et al.*, 2006) e que as mulheres acometidas pela IU tendem a minimizar os sintomas e ajustar o estilo de vida, além de buscar apoio com pessoas próximas. Tudo isso pode sugerir que apenas fortalecer o conhecimento não garantirá uma atitude positiva.

Ficou evidente que apesar de haver intenção de buscar cuidados de saúde, esta ação tende a não se concretizar (ZHANG *et al.*, 2016). Isso deve-se a um conjunto complexo de fatores que interferem na prática, que vão desde questões de enfrentamento pessoal (vergonha do profissional de sexo masculino, frustração com o tratamento e medo de cirurgias), até barreiras no serviço de saúde (custos financeiros, não reconhecer a quem procurar, profissional que não valoriza a queixa de IU, tempo para atendimento).

Tendo em vista o comprometimento no CAP sobre IU e alta prevalência entre mulheres se faz necessário que os profissionais de saúde realizem rastreio oportuno em consultas de rotina (BADEJOKO *et al.*, 2016).

No entanto, as mulheres que procuram os serviços de saúde para cuidados relativos a IU referem que suas queixas não são valorizadas, que não compreendem os termos técnicos e que ficam constrangidas de serem atendidas por profissionais homens (em algumas culturas), o que demonstra o quanto a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes parece comprometer a prática adequada aos cuidados da IU (SIDDIQUI *et al.*, 2014).

Com isso compreende-se que os determinantes da utilização de cuidados de saúde não são apenas clínicos, relações sociais também desempenham importante papel (FRITEL *et al.*, 2014). As percepções sobre condições de saúde, gravidade dos sintomas e efetividade da oferta de serviços de saúde varia entre grupos populacionais, levando a diferentes formas de enfrentamento da IU (SIDDIQUI *et al.*, 2014).

Esta revisão evidencia características bastante diversas das amostras populacionais envolvidas. Por conseguinte, se revela a necessidade em compreender as percepções e formas de enfrentamento da IU nas mais distintas populações. É marcante que apesar do avanço no acesso às informações, ainda é observado o equívoco de que a IU é parte inevitável do envelhecimento e do gênero feminino. Isso implica em não reconhecer possibilidade de prevenção e tratamento, e impacta de forma negativa na decisão de procura por cuidados de saúde.

Os elementos do CAP são influenciados por questões específicas das características da população estudada, levando a resultados singulares, o que torna premente que as investigações sejam realizadas a partir de instrumentos de coleta de dados padronizados que tenham validade psicométrica testada nas populações alvo. Além de tornar mais robusta a

análise dos elementos CAP, essa medida possibilitaria uma comparação dos três construtos nas diversas populações, bem como a realização de intervenções para fortalecer as dimensões avaliadas como inadequadas.

5.3 Definição constitutiva e operacional de CAP de mulheres sobre IU

Uma vez que foi decidido sobre os fatores que compõem cada dimensão do CAP, seguiu-se para a quarta etapa do Polo Teórico, que tem como objetivo elaboração da conceituação clara e detalhada do construto e seus fatores.

Os estudos que verificam o conhecimento, a atitude e a prática são um caminho tradicionalmente utilizado para uma primeira aproximação com os atores sociais, no sentido de conhecer sua percepção e formas de agir frente a determinado contexto de vida real (SANTOS *et al.*, 2011).

Os chamados inquéritos CAP, desde a década de 50, são utilizados como forma de revelar informações sobre o comportamento de saúde da população, a partir da uma interação dinâmica entre o que o indivíduo estudado sabe (conhecimento), o que pensa (atitude) e o como age (prática) frente a determinada afecção (KALIYAPERUMAL, 2004).

A busca na literatura permitiu compreender as dimensões de cada um dos construtos. A avaliação do conhecimento abrange o entendimento sobre os fatores de risco, formas de prevenção e tratamento. A atitude envolve a percepção sobre a necessidade de busca de cuidados para prevenção, tratamento e enfrentamento social. Prática implica a ação de procurar e realizar cuidados para prevenção e tratamento da IU.

Assim nessa etapa o produto foi a definição constitutiva e operacional encontradas na literatura para cada um dos construtos, como descrito no Quadro 3.

Quadro 3. Definições constitutivas e operacionais de cada dos construtos. Fortaleza, CE. 2017.

CONSTRUTOS CAP	Definição Constitutiva	Definição Operacional
Conhecimento	Conhecimento é a capacidade de adquirir, manter e utilizar informações; uma mistura de compreensão, experiência, discernimento e habilidade.	Conhecimento refere-se ao entendimento sobre fatores de risco, formas de prevenção e de tratamento da incontinência urinária - A mulher <u>sabe</u> que existe essa doença? Sabe quais os fatores de risco para a IU? - A mulher <u>sabe</u> que existe prevenção e tratamento para a IU?
Atitude	Atitude refere-se a inclinações de reagir de forma certa, a determinada situação; interpretar os acontecimentos; ou para organizar em estrutura inter-relacionadas opiniões coerentes.	Atitude refere-se à percepção sobre a necessidade de procurar cuidados para prevenir e tratar a IU. - A mulher <u>acha</u> que é necessário procurar ajuda profissional para prevenção ou tratamento para a IU?
Prática	Prática significa a aplicação das regras e conhecimento que leva à ação.	Prática refere-se à ação de procurar cuidados de saúde para prevenir ou tratar IU - A mulher <u>procura</u> ajuda para prevenir e tratar a IU? - A mulher <u>realiza</u> alguma prevenção ou tratamento para a IU?

Fonte: Elaborada pela autora

5.4 Operacionalização do construto (construção dos itens da escala)

Diante das definições operacionais obtidas por meio da investigação bibliográfica e de momentos de debates entre pesquisadora e orientadora foram construídos 23 itens. Destes, dez relacionados ao conhecimento, oito com a atitude e cinco com a prática.

Em relação ao conhecimento, os dez itens foram distribuídos de forma a contemplar aspectos sobre fatores de risco, compreensão da IU como doença, prevenção e tratamento da IU. No domínio atitude, as oito perguntas buscavam identificar possíveis barreiras para a busca por comportamentos saudáveis, como por exemplo, a busca de ajuda profissional. Dessa forma, procurou-se identificar a percepção de apoio social, seja ele profissional ou familiar; e, além disso, atitudes relacionadas à busca por prevenção e tratamento da IU. Por fim, no domínio prática, as cinco perguntas foram construídas com a finalidade de identificar a realização de ações em direção à prevenção e tratamento da IU (Quadro 4).

Para cada item da escala foram determinados escores relacionados às opções de respostas (Quadro 5). Os itens que avaliam conhecimento são compostos por dez perguntas (itens 1 a 10 da escala), cujas respostas podem alcançar de zero a 100 no total.

O construto atitude é composto por oito perguntas (itens 11 a 18 da escala) que podem alcançar de zero a 80 no total. Com intuito de dar maior ênfase à na atitude da gestante durante as consultas de pré-natal o item 15 tem escore mais elevado (15 escores). O item dezoito tem o intuito de relacionar menor escore (05 escores) a mulheres que procuram ajuda somente em grandes perdas.

A investigação referente a avaliação da prática é composta por cinco itens (itens 19 a 23 da escala), que podem alcançar entre zero e 100 no total. Para esse construto foram relacionados maior escore para cada item (20 escores) uma vez que se considera o construto prática determinante para o estabelecimento de um comportamento saudável.

Os itens de respostas seguem a orientação para elaboração de inquérito CAP. Desta forma, não serão mencionadas as opções de resposta à entrevistada, evitando que a entrevistada indique respostas ao acaso, sem que tenha conhecimento de fato sobre o registrado e assim gerar uma falsa análise (KALIYAPERUMAL, 2004).

As opções de resposta referentes a forma de prevenção e tratamento da IU foram elaboradas a partir das recomendações e evidências na literatura e publicadas pela ICS (ABRAMS, 2017).

Esta versão, dos itens e suas possíveis respostas, foi submetida a 1ª análise dos 10 juízes especialistas.

Quadro 4. Distribuição dos itens da 1ª versão da escala e respectivos aspectos abordados em cada um dos construtos. Fortaleza, CE. 2017.

Construto	Item da escala		Aspecto abordado
Conhecimento	1	Já ouviu falar que a mulher pode perder urina mesmo quando não está com vontade?	Compreensão da IU como doença
	2	O que pode levar algumas mulheres a perderem urina mesmo quando não estão com vontade?	Fatores de risco
	3	Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade é um problema que toda mulher vai enfrentar?	Fatores de risco
	4	Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade é algo normal do envelhecimento?	Fatores de risco
	5	Acha que acontece mais com mulheres do que com homens?	Fatores de risco
	6	Você considera que é uma doença?	Compreensão da IU como doença
	7	Existe algo a ser feito para diminuir as chances de a mulher perder involuntariamente urina	Prevenção
	8	Se sim o quê?	Prevenção
	9	Existe tratamento para a perda involuntária de urina?	Tratamento
	10	Se SIM, diga qual:	Tratamento
Atitude	11	O quanto você se sente à vontade para falar sobre esse assunto com profissional de saúde – perda involuntária de urina?	Percepção de apoio social
	12	Conversaria sobre IU com profissional do sexo masculino?	Percepção de apoio social
	13	O quanto de constrangimento sentiria em conversar sobre IU com seu parceiro?	Percepção de apoio social
	14	O quanto de constrangimento sentiria em conversar sobre IU com seu familiar ou amigos?	Percepção de apoio social
	15	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para conversar com um profissional sobre formas de evitar a perda involuntária de urina?	Prevenção/tratamento
	16	Mesmo que a mulher não tenha nenhuma perda de urina deve buscar ajuda profissional para evitá-la?	Prevenção
	17	Mesmo que a mulher tenha uma pequena perda de urina deve buscar ajuda profissional para tratá-la?	Tratamento
	18	Caso a mulher tenha uma grande perda de urina deve buscar ajuda profissional para tratá-la?	Tratamento
Prática	19	Já perguntou a algum profissional o que fazer para <u>prevenir</u> a perda involuntária de urina	Prevenção
	20	Realiza alguma medida de prevenção de perda involuntária de urina? Se sim, qual?	Prevenção
	21	Já buscou ajuda para tratar a perda involuntária de urina?	Tratamento
	22	Se sim, quem você buscou? Se não, porque?	Tratamento
	23	Se SIM, qual a orientação dada? Você realiza?	Tratamento

Fonte: Elaborada pela autora

Quadro 5. Escala para avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de gestantes sobre IU. Fortaleza, CE. 2017.

Construto	Item da escala	Itens de resposta	Pontuação
CONHECIMENTO	1 Já ouviu falar que a mulher pode perder urina mesmo quando não está com vontade?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores e FINALIZAR A ENTREVISTA.
	2 O que pode levar algumas mulheres a perderem urina mesmo quando não estão com vontade?	1. Não sabe 2. Gravidez/Parto/ Parto instrumental 3. Epsiotomia/laceração 4. Menopausa/ Envelhecimento 5. Cirurgia pélvica 6. Comorbidades (Infecção urinaria, demências, doença do colágeno) 7. Fraqueza do músculo do assoalho pélvico/ Falta de preparo do períneo 8. POP (bexiga baixa) 9. Obesidade 10. Atividade de levantar peso ou fazer muito esforço físico 11. Outros _____	Peça que a mulher cite o maior número de fatores que souber 1. Para resposta dos itens 2 a 10, contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sabe” ou “outros”, contabiliza-se 00 escores
	3 Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade é algo normal do envelhecimento?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 0,0 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 10 escores
	4 Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade é um problema que toda mulher vai enfrentar?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 0,0 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 10 escores
	5 Acha que acontece mais com mulheres do que com homens?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	6 Você considera que é uma doença?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	7 Existe algo a ser feito para diminuir as chances de a mulher perder involuntariamente urina	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	8 Se sim o quê?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso 5. Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sabe” ou outras respostas contabiliza-se 00 escores
	9 Existe tratamento para a perda involuntária de urina?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	10 Se SIM, diga qual:	1. Nada 2. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 3. TMAP 4. Pessário para incontinência	1. Para resposta dos itens 2 a 8 contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sei”, 9,10,11 - 00 escores

			5. Eletroestimulação neuromuscular 6. Cones vaginais 7. Cirurgia 8. Medicamento 9. Orações 10. Ervas 11. Outros _____	
		Escore total do CONHECIMENTO (0 – 100): _____		
ATTITUDE	11	O quanto você se sente à vontade para falar sobre esse assunto com profissional de saúde – perda involuntária de urina?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	12	O quanto de constrangimento sentiria em conversar sobre IU com seu parceiro?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	13	O quanto de constrangimento sentiria em conversar sobre IU com seu familiar ou amigos?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	14	Conversaria sobre IU com profissional do sexo masculino?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	15	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para conversar com um profissional sobre formas de evitar a perda involuntária de urina?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 15 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	16	Mesmo que a mulher não tenha nenhuma perda de urina deve buscar ajuda profissional para evitá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	17	Mesmo que a mulher tenha uma pequena perda de urina deve buscar ajuda profissional para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	18	Caso a mulher tenha uma grande perda de urina deve buscar ajuda profissional para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
		Escore total da ATITUDE (0 – 80): _____		
PRÁTICA	19	Já perguntou a algum profissional o que fazer para prevenir a perda involuntária de urina	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	20	Realiza alguma medida de prevenção de perda involuntária de urina?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores. 2. Para resposta “Sim”, devem ser considerados os valores abaixo (no próximo item) contabiliza-se 00 escores.
		Se sim, qual?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta “não sabe” ou “outros” contabiliza-se 00 escores

			5. Realizar exercício que fortaleça o assoalho pélvico Outros: _____	
21	Já buscou ajuda para tratar a perda involuntária de urina?		1. Sim 2. Não	1. Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 escores
22	Se sim, quem você buscou? Se não, porque?		1 - Enfermeira 2 - Médico 3 – Fisioterapeuta 4 - Outro profissional da saúde: _____ 5 – Leigos: _____	1. Para resposta 1, 2, 3 e 4 contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta 5 contabiliza-se 0,0 escores
23	Se SIM, qual a orientação dada?		1. Nada 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para incontinência 6. Eletroestimulação neuromuscular 7. Cones vaginais 8. Medicamento 9. Outra: _____	Este item tem o objetivo de guiar o entrevistador para o item seguinte em caso de resposta: 2 a 8
	Você realiza?		1. Sim 2. Não	1. Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 escores
ESCORE Total da PRÁTICA (0 – 100): _____				

Fonte: Elaborada pela autora

5.5 Análise dos juízes especialistas

5.5.1 Caracterização dos juízes especialistas

Todos os 10 profissionais convidados (5 enfermeiras, 3 médicas(os) e 2 fisioterapeutas) aceitaram participar da etapa de validação do conteúdo. Todas (os) com atuação em uroginecologia, além de ginecologia/obstetrícia (n=07), somente ginecologia (n=01) e somente obstetrícia (n=01). Os dez profissionais informaram ter experiência em pesquisa, oito em ensino, seis em assistência, um em consultoria e um em gestão. Todos com titulação acadêmica de pós-graduação *Stricto sensu*, sendo três mestres, cinco doutores e dois com pós-doutorado.

Assim, para cada um dos elegíveis à juízes especialistas, foram analisadas suas características profissionais referentes a cada um dos atributos recomendados por Jasper (1994), verificando-se que todos possuíam dois ou mais atributos, alcançando o critério recomendado para ser incluído na amostra de juízes especialistas (GRÁFICO 1)

Dessa forma todos os profissionais atenderam os critérios de seleção para participarem da análise de conteúdo dos 23 itens da escala no que concerne a clareza e compreensão, pertinência prática e relevância.

Gráfico 1. Distribuição das características de experts entre os especialistas selecionados para amostra de juízes. Fortaleza-CE. 2017



Embora não exista consenso na literatura sobre o número ideal de juízes para estudos de validação (Alexandre *et al.*, 2011) é importante que os membros do painel de especialistas sejam capazes de fazer uma contribuição válida (Alexandre *et al.*, 2011; Powell,

2002). Assim, a experiência e qualificação dos profissionais selecionados para essa etapa do estudo é um critério fundamental para que o estudo alcance seus objetivos.

A tabela 1 descreve de forma detalhada a distribuição das características dos profissionais selecionados, demonstrando que os 10 juízes apesar de se concentrarem no atributo referente a área acadêmica se distribuem de forma representativa no demais atributos. A diversidade das características profissionais do painel de especialistas leva a um melhor desempenho, visto que permite considerações de diferentes perspectivas sobre um mesmo assunto (Powell, 2003).

Tabela 1. Perfil dos especialistas segundo atributos de Jasper (1999)

Atributo/ característica profissional	N=10
Habilidades/conhecimentos adquirido pela experiência em uroginecologia	
Tempo mínimo de 5 anos de experiência assistencial em uroginecologia	07
Tempo mínimo de 5 de experiência docente em uroginecologia	04
Característica que tornam a (o) profissional autoridade em uroginecologia	
Convidado em evento científico de uroginecologia	07
Pós-graduação <i>Stricto sensu</i> com dissertação ou tese em temática relativa à área de uroginecologia	07
Autoria em artigos (s) científicos na área de uroginecologia	09
Avaliadora (s) de trabalhos de Pós-graduação <i>Stricto sensu</i> com temática de uroginecologia	06
Orientou trabalhos de Pós-graduação <i>Stricto sensu</i> com temática relativa à área de uroginecologia	03
Característica que tornam o profissional possuidor de habilidade especial em estudos de validação	
Pós-graduação <i>Stricto sensu</i> com pesquisa na área de validação de instrumentos	03
Autoria em artigo (s) científicos na área de validação de instrumento de coleta de dados	05
Avaliadora (s) de trabalhos de Pós-graduação <i>Stricto sensu</i> com temática na área de validação de instrumento de coleta de dados	03
Orientou trabalhos de Pós-graduação <i>Stricto sensu</i> com temática relativa à validação de instrumentos de coleta de dados	03
Características que tornam o profissional com alta classificação atribuída por uma autoridade	
Homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de uroginecologia, recebida de instituição científica	01
Trabalhos premiados em eventos científicos nacionais e internacionais cujo conteúdo seja referente à área de uroginecologia	04
Trabalhos premiados em eventos científicos nacionais e internacionais cujo conteúdo seja referente à área de validação de instrumento de coleta de dados	02

Fonte: Elaborada pela autora

Tendo em vista que os estudos que utilizam técnica Delphi têm como limitação a diminuição na taxa de respostas no correr da evolução dos ciclos avaliativos (Hsu & Sandford, 2007; Powell, 2002; S. Keeney *et al.*, 2001), optou-se por incluir todos os 10 profissionais

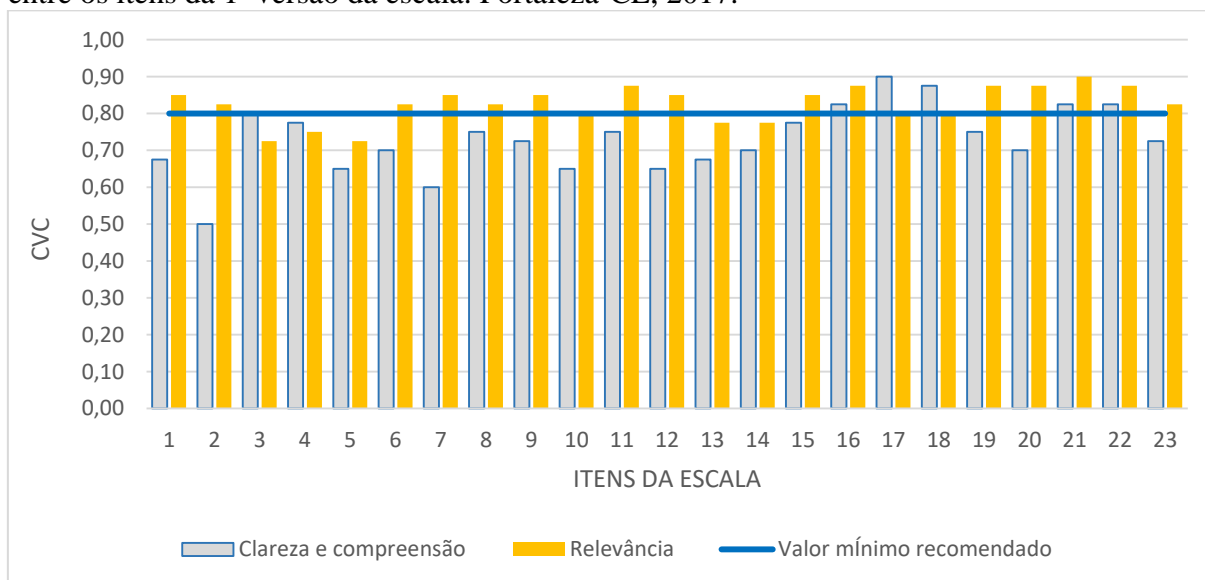
selecionados.

5.5.2 Avaliação dos itens que compuseram a 1ª versão

Hernández-Nieto (2002) recomenda que os itens do instrumento devam apresentar um valor mínimo de Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) igual a 0,8. Com relação à clareza de linguagem, caso o item apresente valores inferiores a 0,8, o autor preconiza que a linguagem seja reformulada para melhor entendimento da questão pela população-alvo. No que diz respeito à relevância teórica, itens com valores de CVC inferiores a 0,8 devem ser considerados não pertinentes para a realidade da população-alvo.

Observa-se que em relação a clareza e compreensão, apenas seis itens (3,16,17,18,21 e 22) apresentaram resultado de CVC igual ou superior a 0,8, demonstrando estar claros e compreensíveis aos juízes (GRÁFICO 2). No entanto, esses também receberam recomendações de adequação na linguagem, com isso todos os itens da primeira versão da escala foram reestruturados conforme sugestões dos juízes.

Gráfico 2. Coeficiente de Validade de Conteúdo em relação a clareza/compreensão e relevância entre os itens da 1ª versão da escala. Fortaleza-CE, 2017.



Fonte: Elaborada pela autora

Em geral, atribui-se baixos valores de clareza e compreensão à utilização do termo “perda involuntária de urina” como sinônimo de IU nas várias perguntas do instrumento. Esse termo foi considerado pouco claro e compreensível para as pacientes. Além disso, por mais que tenha sido explicado no material enviado aos juízes, alguns avaliaram como pouco claro e compreensível certos itens, que continham possíveis respostas das mulheres, nas quais havia

termos técnicos que são apenas um guia para o entrevistador e que não serão, em nenhum momento, lidos para as mesmas.

Por outro lado, com relação a relevância, verificou-se que apenas cinco (21,7%) itens não alcançaram o CVC recomendado. Os itens em questão e seus respectivos valores de CVC são: item 3 (0,73), item 4 (0,75), item 5 (0,73), item 13 (0,78) e item 14 (0,78). Os juízes que atribuíram baixa relevância indicaram reformulações para que fosse alcançada a devida pertinência do item ao instrumento em questão.

O CVC considera para a análise o cálculo de possíveis vieses de julgamento aleatório, para esse estudo com 10 juízes obteve-se $Pe_i=0,1$, tornando o valor máximo possível do CVC para o presente estudo de 0,9.

Assim, diante das recomendações dos juízes e dos valores alcançados julgou-se que os indicadores não podem ser considerados totalmente insatisfatórios, portanto foram acatadas as sugestões dos juízes. Lopes (2013) comenta que não se pode ignorar os clareamentos dos aspectos qualitativos envolvidos na validação de conteúdo. Essa interação entre pesquisador e membros do painel de especialista é considerada uma etapa qualitativa importante para construção de instrumento de coleta de dados (ALEXANDRE; COLUCI *et al.*, 2011; MINAYO, 2003)

Visando a adequação dos itens, buscou-se acatar todas as sugestões e comentários emitidos pelos especialistas, inclusive daqueles que alcançaram valores de concordância recomendados, a fim de permitir melhor entendimento dos mesmos.

Para iniciar a entrevista sobre conhecimento julgou-se necessário verificar se a gestante apresenta conhecimento básico sobre a existência de mulheres que são acometidas com sintomas de IU. Dessa forma, a entrevista se encerra caso a resposta for “não “ ao item 1, uma vez que se considera que a mulher não tenha nenhuma aproximação com o tema e total desconhecimento sobre o assunto e, portanto, torna-se potencialmente incapaz de adotar comportamento de busca de cuidados adequados.

Alguns estudos que investigaram o conhecimento de mulheres sobre etiologia da IU usaram uma pergunta inicial similar e encontraram elevadas taxas de desconhecimento (MORHASON-BELLO *et al.*, 2012; MELVILLE *et al.*, 2008).

Esse item foi considerado relevante por todos os dez especialistas, no entanto três consideraram pouco claro e sugeriram modificações no que se refere a abrangência da pergunta para todos os tipos de IU (Quadro 6). Tais especialistas consideraram que a pergunta estava direcionada para IU de esforço, por isso a adequação para “...quando não estão com vontade de urinar ou quando não estão em local adequado? “. O comentário do juiz 8 representa as

observações realizada pelos demais:

“Do jeito que a pergunta está feita só se refere a perda involuntária de urina aos esforços ou enurese, exclui a incontinência de urgência.” (J8)

Quadro 6. N de juízes agrupados nas respostas 3 e 4 e CVC relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 1 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
1	7	0,68	10	0,85	Já ouviu falar que a mulher pode perder urina mesmo quando não está com vontade?	Você já ouviu falar que algumas mulheres podem perder xixi na roupa quando não estão com vontade de urinar ou quando não estão em local adequado?

A incontinência urinária (IU) é definida pela *International Continence Society* (ICS) como qualquer queixa de perda de urina, independentemente do grau de desconforto social ou higiênico que cause. O objetivo ao reestruturar essa sentença foi então encontrar a forma mais inteligível de representar a amplitude da definição de IU, expressando de forma clara a ideia dos sintomas da perda urinária e, ao mesmo tempo, não tornar a pergunta longa. A precisão dessa sentença é fundamental uma vez que deverá se repetir ao longo de todo questionário sempre que for necessário se referir a IU

Para todos os itens quatro especialistas julgaram necessário iniciar a pergunta com o pronome “Você” e dois sugeriram ainda trocar a palavra “urina” por “xixi”. A adequação é pertinente uma vez que o item deve ser claro até para o estrato mais baixo da população alvo, Pasquali (1999) reitera que o linguajar típico da população deve ser utilizado na formulação dos itens pois a preocupação deve ser a compreensão e não a elegância da frase. Direcionar a pergunta ao indivíduo na construção da frase facilita a compreensão.

O item 2 foi considerado relevante para todos os especialistas, no entanto seis julgaram o item pouco claro e compreensível (Quadro 7).

Quadro 7. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 2 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
2	4	0,5	10	0,83	O que pode levar algumas mulheres a perderem urina mesmo quando não estão com vontade?	Você sabe o que pode causar a perda de xixi na roupa quando a mulher não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado?

Ao justificar a avaliação negativa metade dos especialistas mencionaram que as opções de respostas possuem termos técnicos. Embora encontrar-se descrito nas instruções do entrevistador que as opções de resposta não devem ser apresentadas ao entrevistado, e sim servir de guia para o técnico responsável pela aplicação do questionário, este devidamente treinado para esse fim.

O *viés de Espectro*, que significa que os componentes validados são característicos do grau de comprometimento do juiz, são descritos como limitações em estudos de validação (LOPES et al., 2013). Dessa forma não foram feitas alterações nas opções de respostas como sugerido pelos especialistas.

Contudo um especialista observou que o item 2 induz a uma resposta sobre situações que geram perda urinária em mulheres incontinentes e sugeriu trocar “*o que pode levar*” para “*o que pode causar*”, com o objetivo de alcançar melhor precisão para o questionamento sobre fatores de risco para a IU.

“(...) na primeira vez que li a pergunta pensei nas situações de perda como, tosse, espirro, atividade física, "segurar muito a urina". Penso que algumas mulheres podem ir para esse caminho quando questionadas sobre o que pode levar a perda. Talvez perguntar o que causa a perda seja mais coerente”. (J8)

Pasquali (1999) recomenda que para evitar confusão ao respondente, o item deve expressar uma única ideia, assim foram acatadas as recomendações dos especialistas para o item 2.

A relevância do item 3 não alcançou o CVC recomendado para validade de conteúdo no quesito relevância. Os especialistas reforçaram que os itens devem ser direcionados a gestação, logo reprovaram uma pergunta direcionada ao envelhecimento e sugeriram modificações para torná-lo pertinente ao construto (Quadro 8). Esse julgamento é representado no comentário do juiz 8, descrito a seguir:

“...seria mais interessante questionar quanto a gestação, parto visto

que é situação que mulher está vivenciando e que seria um dos fatores de risco para IU e que levaria uma atitude em relação a isso. ”J8

Quadro 8. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 3 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
3	10	0,8	07	0,73	Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade é algo normal do envelhecimento?	Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar e realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?

Fonte: Elaborado pela autora

Questionários validados têm encontrado elevadas taxas de mulheres que acreditam que a IU é uma condição inevitável própria do gênero feminino (ZHANG *et al.*, 2016; DE GAGNE *et al.*, 2015; DAY *et al.*, 2014; YUAN *et al.*, 2010), bem como em estudos qualitativos a aceitação de que a etiologia está intimamente ligada ao fato de “ser mulher” e assim ser algo com que se deva aceitar conviver (MORHASON-BELLO *et al.*, 2012; MELVILLE *et al.*, 2008). Por conseguinte, foi acatada a modificação na pergunta visto que se faz pertinente verificar, entre o público alvo, o entendimento de que os sintomas da IU não são aceitáveis.

O item 4 não alcançou CVC recomendado para clareza ou para relevância (Quadro 9). No entanto, os especialistas consideraram importante verificar se a mulher reconhece que pode estar vulnerável a IU em alguma fase da vida, conhecendo como fatores de risco a idade e o período gravídico puerperal. Os comentários registrados pelos especialistas podem ser verificados a seguir:

“...também é abordado na questão 2.”J2

“...acrescentar "vai enfrentar em algum momento da vida". Essa pergunta substitui anterior sobre envelhecimento.”J8

Quadro 9. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 4 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
4	10	0,78	08	0,75	Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade é um problema que toda mulher vai enfrentar?	Você acha que perder xixi na roupa quando não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado é um problema que algumas mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento...)?

A IU em mulheres não deve ser considerada como uma consequência intrínseca do próprio processo de envelhecimento, no entanto tem se evidenciado como fator associado, assim como a gestação e a paridade (ABRAMS, 2017). Compreendendo que a percepção de suscetibilidade pelo indivíduo favorece a adoção de comportamentos preventivos (MARTINS *et al.*, 2015; FIGUEIRA *et al.*, 2013) optou-se por realizar as modificações sugeridas pelos juízes.

A forma como a 1ª versão do item 5 foi elaborada não trouxe um sentido completo à questão proposta, o que levou aos especialistas considerarem o item não compreensível (Quadro 10). Os especialistas expressaram ainda a preocupação em tornar o item mais imparcial, indicando que a expressão “mais com mulheres do que com homens” pode induzir a resposta.

“Penso que a questão está induzindo a resposta. Poderia ser mais imparcial do tipo: Acha que esse problema acontece mais com homens ou com mulheres?”J6

“Ficaria mais claro e compreensível assim: Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade acontece mais com mulheres do que com homens?”J1

Quadro 10. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 5 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
5	07	0,65	08	0,73	Acha que acontece mais com mulheres do que com homens?	Você acha que perder xixi mesmo sem querer urinar acontece mais com homens ou com mulheres?

Esse item obteve um CVC inferior a 0,8 também para relevância, no entanto os especialistas não justificaram suas respostas (Quadro 10).

No entanto a literatura descreve que apesar da IU em homens ser menos estudada

que em mulheres, estudos baseados na comunidade, continuam relatando a prevalência da IU como sendo menores em homens do que em mulheres em uma proporção de 1: 2 (ABRAMS, 2017). Estudos que utilizaram para coleta de dados o *Incontinence Quiz* e o PIKQ encontraram nas amostras estudadas taxas que variaram de 39% a 73% de participantes que concordaram com a afirmação de que a mulher possui maior risco em desenvolver IU comparado com homens (BRANCH *et al.*, 1994; BLANES *et al.*, 2001; GUILLEN LOPEZ *et al.*, 2003; KIM *et al.*, 2004; KANG *et al.*, 2009; DUNIVAN *et al.*, 2015; MANDIMIKA, *et al.*, 2015).

Com isso pode-se observar que as inferências encontradas na literatura demonstram relevância sobre o conhecimento da prevalência da IU entre mulheres. Dessa forma optou-se por manter o item na escala.

A clareza da versão original do item 6 também foi comprometida por não apresentar o conteúdo completo da sentença, dessa forma foi julgada pelos especialistas como pouco compreensível (Quadro 11). Para alcançar a maior clareza foram feitas as adequações sugeridas pelos juízes:

“Penso que cada questão precisa trazer o conteúdo completo: Você considera que a perda de urina é uma doença?”J6

“Ficaria mais claro e compreensível assim: Você considera que perder urina mesmo quando não está com vontade é uma doença?”J1

Quadro 11. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 6 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
6	07	0,70	09	0,83	Você considera que é uma doença?	Você acha que é uma doença perder xixi na roupa quando a mulher não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado?

Fonte: Elaborado pela autora

O item obteve CVC satisfatório para relevância. A IU é conceituada como uma doença na Classificação Internacional de Doenças (CID/OMS) desde 1998, antes era considerada apenas um sintoma (HIGA *et al.*, 2008), no entanto é comum relatórios de pesquisas evidenciarem que as amostras estudadas consideram a IU um fenômeno normal (DE GANGE *et al.*, 2015; DAY *et al.*, 2014; PERERA *et al.*, 2014; TANNENBAUM *et al.*, 2013; YUAN *et al.*, 2010), com taxas de maior desconhecimento em mulheres que não apresentam sintomas (BADEJOKO *et al.*, 2016; PERERA *et al.*, 2014).

Apesar do consenso entre todos os especialistas sobre a relevância do item 7, metade desses julgaram que o termo “*perder involuntariamente urina*” torna a questão pouco compressível, o que resultou em um CVC abaixo do recomendado para clareza e compreensão (Quadro 12). Portanto, o item foi modificado.

Quadro 12. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 7 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
7	05	0,60	10	0,85	Existe algo a ser feito para diminuir as chances de a mulher perder involuntariamente urina?	Você acha que existe algo que possa ser feito para evitar que mulheres percam xixi na roupa quando não estão com vontade de urinar ou quando não estão em local adequado?

Fonte: Elaborado pela autora

Apesar do item 08 ter sido avaliado pelos especialistas como claro e compreensível e relevante para a escala, seguimos as recomendações dos itens anteriores e reformulamos as questões com sentenças completas, tornando o item compreensível mesmo que dissociado dos demais (Quadro 13).

“Manteria a pergunta mais completa também (Ex.: Você disse que acha que existe forma de prevenção da perda urinária, pode me citar quais você conhece?)” J6

Quadro 13. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 8 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
8	10	0,75	10	0,83	Se sim o quê?	Você disse que há como evitar a perda urinária. Pode me dizer como?

Fonte: Elaborado pela autora

As mulheres não reconhecem que a IU pode ser evitada, nem tão pouco que mudanças no estilo de vida podem preveni-la (SESHAN *et al.*, 2013). Estudos usando instrumentos validados têm demonstrado que as mulheres não sabem que a realização de exercícios para fortalecimento da musculatura pélvica, a manutenção do peso saudável e cuidados para evitar constipação (DAY *et al.*, 2014; YUAN *et al.*, 2010) são medidas

recomendadas para prevenção da IU (WESNES *et al.*, 2013). Dessa forma, avaliar se as gestantes reconhecem que existe prevenção e como realiza-la se mostra relevante.

O item nove foi considerado claro e relevante por 9 especialistas, no entanto necessitou de reformulação por trazer o termo “*involuntária*”, já comentado pelos especialistas como uma palavra incompressível para o público alvo (Quadro 14).

Quadro 14. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 9 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
9	9	0,73	9	0,85	Existe tratamento para a perda involuntária de urina?	Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi na roupa quando não estão com vontade de urinar ou quando não estão em local adequado?

O único especialista que considerou o item 9 irrelevante sugere que o conhecimento sobre tratamento seja incluído no mesmo item que aborda o conhecimento sobre prevenção (item 7). Incluir duas perguntas em uma única questão pode dificultar a resposta, tornando o item não tão preciso quanto deveria ser (HULLEY, 2015).

O desconhecimento sobre a existência de tratamento para IU é descrito na literatura como barreira para busca de cuidados de saúde (SESHAN *et al.*, 2013; BERGER *et al.*, 2011; EL-AZAB *et al.*, 2010; HSIEH *et al.*, 2008), o que torna relevante para a escala a inclusão de item destinado a verificar o conhecimento sobre tratamento.

O item 10 não alcançou o CVC recomendado para clareza e compreensão (Quadro 15). Ao justificar o que tornou o item 10 incompreensível, três especialistas se referiram aos termos técnicos das opções de respostas, julgando que seria inadequado ao público-alvo. No entanto, as opções de resposta não são ofertadas ao entrevistado apenas servem como guia para o entrevistador, o que torna dispensável a preocupação.

Quadro 15. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 10 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
10	6	0,65	9	0,80	Se SIM, diga qual:	Você acha que existe tratamento para perda urinária. Pode me dizer quais você conhece?

Fonte: Elaborada pela autora

Mesmo não sendo o alvo da avaliação, um dos especialistas sugeriu manter como resposta certa o tratamento através da medicina integrativa, a exemplo “chá” e “orações”.

“...a medicina integrativa pode reduzir, por exemplo, a hiperatividade detrusora que leva a perda. Chás com ervas com efeito antiinflamatório ou antisséptico podem reduzir a perda urinária causada por hiperatividade secundária a ITU. Acho que vale repensar” J6

Considerar o uso de ervas e autotratamento tem sido descrito por alguns estudos como forma de enfrentamento da IU (HSIEH *et al.*, 2008; El-AZAB *et al.*, 2010). Em algumas culturas religiosas estudadas existem relatos de que as mulheres realizam orações para cura da IU (SANGE *et al.*, 2008; SIDDIQUI *et al.*, 2014). O relatório da ICS destaca que existem evidências limitadas, mas crescentes, sobre tratamentos com terapias integrativas, que incluem aquelas que não fazem parte do modelo biomédico tradicional, como meditação, hipnose, acupuntura e ervas (ABRAMS, 2017). Portanto, ainda que não existam evidências claras sobre o uso de medicina integrativa para o tratamento da IU algumas culturas têm sido adeptas, com isso, a opção “ervas” e “orações” foi mantida como opção de resposta, mas sem pontuar.

Outro aspecto sobre as opções de resposta mencionado pelos juízes foi o que deveria ser considerado TMAP.

“A dúvida é o que vai ser considerado como TMAP? Se ela falar exercício sem especificar que é do assoalho pélvico ou do períneo? E o conhecimento popular, mas equivocado, como por exemplo “pompoarismo” será considerado como TMAP? Talvez após um teste piloto com voluntárias colocar opções entre parênteses após TMAP” J8

O TMAP é um tratamento eficaz para IUE durante a gravidez e não tem efeitos adversos significativos (Sangsawang *et al.*, 2013), no entanto muitas mulheres acham que a única forma de tratar é através da cirurgia (PERERA *et al.*, 2014) e o medo desse procedimento tem sido uma barreira para procura de ajuda (RUI LUO *et al.*, 2017). Dessa forma propôs-se manter o item “TMAP” para possíveis respostas que reportem ao conhecimento da mulher sobre a necessidade de exercitar a musculatura pélvica para manter a continência urinária.

O item 11 foi considerado pouco claro por um especialista, considerando o termo “*involuntária*” de difícil compreensão pelo público alvo. Para elaboração adequada de itens Pasquali (1999) recomenda atender ao critério de variedade de linguagem a fim de evitar monotonia e cansaço do entrevistado, assim o termo “*perda involuntária de urina*” foi mudado para “perde urina” e adicionada sentença explicativa entre parênteses (Quadro 16).

Quadro 16. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 11 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
11	9	0,75	10	0,88	O quanto você se sente à vontade para falar sobre esse assunto com profissional de saúde – perda involuntária de urina?	O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (xixi na roupa quando não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado), se esse fosse o seu caso?

Fonte: Elaborada pela autora

A relevância ao item 11 obteve um CVC satisfatório. As mulheres incontinentes, das mais diferentes raças e etnias, são afetadas pelo estigma social que envolve a IU (SIDDIQUI *et al.*, 2016; SIDDIQUI *et al.*, 2013). Assim a vergonha e o medo são sentimentos comuns entre as mulheres acometidas com a doença, o que dificulta a comunicação com o profissional de saúde (RUI LUO *et al.*, 2017; SIDDIQUI *et al.*, 2016; PERERA *et al.*, 2014; WANG *et al.*, 2014; SESHAN *et al.*, 2013; YUAN *et al.*, 2011; EL-AZAB *et al.*, 2010; HSIEH *et al.*, 2008).

Os especialistas observaram que no item 12 o termo “constrangimento” poderá induzir a mulher a dizer que tem constrangimento, além de não ser um termo usual para todos os estratos da população alvo. Assim manteve-se o padrão da resposta anterior trocando para: “*você se sentiria à vontade para falar*”. A clareza do item ficou comprometido pela abreviatura “IU”. As recomendações foram acatadas (Quadro 17).

Quadro 17. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 12 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
12	7	0,65	10	0,85	O quanto de constrangimento sentiria em conversar sobre IU com seu parceiro?	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi na roupa quando não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado), se esse fosse o seu caso?

Fonte: Elaborada pela autora

Foi recomendado tornar a pergunta mais direcionada ao estado conjugal da entrevistada personificando o item. Os especialistas perceberam ainda que, para mulheres sem parceiro, se faz necessário acrescentar a opção de resposta “*não se aplica*”.

As modificações realizadas no item 13 seguiram as recomendações realizadas no item anterior. Apesar de apenas um especialista não ter considerado o item relevante (não justificou a resposta), o CVC obteve valor inferior ao recomendada para validade (Quadro 18).

Quadro 18. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 13 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
13	08	0,68	09	0,78	O quanto de constrangimento sentiria em conversar sobre IU com seu familiar ou amigos?	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi na roupa quando não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado), se esse fosse o seu caso?

Fonte: Elaborado pela autora

Esse item pretende verificar o estigma que envolve as pessoas com IU e levam a um isolamento social (WANG *et al.*, 2014). Estudos tem evidenciado que mulheres que encontram apoio na família são mais propensas a buscarem ajuda profissional para tratar a IU (FRIETEL *et al.*, 2014; PERERA *et al.*, 2014). Destarte optou-se por manter o item na escala.

Para o item 14 foi realizada substituição do termo “IU”, já recomendada em itens

anteriores para otimizar a clareza. Os dois especialistas que julgaram o item pouco relevante, comentaram que não entendem a pertinência do item para o construto investigado (Quadro 19).

Quadro 19. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 14 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
14	08	0,70	08	0,78	Conversaria sobre IU com profissional do sexo masculino?	Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino?

Fonte: Elaborado pela autora

Conforme sugerido, foi realizada alteração da localização do item para após o item 11 que trata também de profissionais de saúde, como registrado no comentário do juiz 8.

“Não entendo qual o objetivo dessa pergunta no contexto da pesquisa. Deveria ser após a pergunta 11”J8

Em algumas culturas existe um constrangimento na procura por cuidados de saúde e as mulheres referem preferência por profissional do sexo feminino (LAGRO-JANSSEN *et al.*, 2006; SANGE *et al.*, 2008). Por conseguinte, foram feitas as alterações sugeridas para manter o item na escala.

O item 15 apresentou CVC satisfatório para clareza e relevância. Necessitou apenas trocar o trecho “*involuntária*” por “*perda de urina*”(Quadro 20).

Quadro 20. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 15 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
15	09	0,78	10	0,85	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para conversar com um profissional sobre formas de evitar a perda involuntária de urina?	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de urina?

Apesar de os profissionais não questionarem as mulheres sobre possíveis queixas de IU (PERERA *et al.*, 2014), estudos evidenciam a importância de rastrear a IU de forma oportuna em consultas ambulatoriais de rotina (BADEJOKO *et al.*, 2016; DOSHI *et al.*, 2010), visto que as mulheres não referem a queixa ao profissional de saúde (BADEJOKO *et al.*, 2016; FRIETEL 2014; PERERA *et al.*, 2014). Dessa forma torna-se fundamental identificar entre as

gestantes a compreensão de que a consulta pré-natal pode ser um momento oportuno para orientações de prevenção e tratamento da IU na gravidez e pós-parto (WESNES *et al.*, 2013; SANGSAWANG *et al.*, 2013).

Os itens 16, 17 e 18 obtiveram CVC satisfatório para relevância e clareza. A única observação realizada pelos especialistas nesses itens foi a necessidade de acrescentar “*profissional de saúde*” à pergunta (Quadro 21 e 22).

Quadro 21. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 16 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
16	09	0,83	10	0,88	Mesmo que a mulher não tenha nenhuma perda de urina deve buscar ajuda profissional para evitá-la?	Você acha que mesmo quando a mulher não apresenta essa condição (perda de xixi na roupa quando não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?

Fonte: Elaborado pela autora

A tomada de decisão para prevenção passa pelo conhecimento da vulnerabilidade, severidade da doença, com todos os prejuízos à qualidade de vida, e por fim o sujeito deve identificar os benefícios percebidos em adotar comportamentos saudáveis (FEIO *et al.*, 2015; CHAPIOM; SKINNER, 2008; HOCHBAUM *et al.*, 1952). Antes da apreensão dos fatores de risco a maioria das mulheres não tem intenção de buscar prevenção (TANENNBAUM *et al.*, 2010). Assim, a relevância desse item é justificada pela necessidade de se identificar a motivação para o agir, ou seja, a intenção e o entendimento de que deve buscar se prevenir da IU.

Quadro 22. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 17 e 18 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
17	10	0,90	08	0,80	Mesmo que a mulher tenha uma pequena perda de urina deve buscar ajuda profissional para tratá-la?	Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de urina deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?
18	10	0,88	09	0,80	Caso a mulher tenha uma grande perda de urina deve buscar ajuda profissional para tratá-la?	Você acha que caso a mulher tenha uma grande perda de urina deve buscar ajuda de profissionais da saúde para tratá-la?

Fonte: Elaborado pela autora

É bastante comum encontrar na literatura que as mulheres não procuram tratamento porque não consideram a IU grave o suficiente para isso (RUI LUO *et al.*, 2017; ZHANG *et al.*, 2016; BADEJOKO *et al.*, 2016; BERGER *et al.*, 2011; YUAN *et al.*, 2011; YUAN *et al.*, 2010; EL-AZAB *et al.*, 2010). Assim, os itens 16,17,18 tem a intenção de identificar em qual momento a gestante percebe que deverá procurar ajuda profissional (para prevenção, para tratar sintomas leves ou graves).

Os especialistas consideraram o item dezenove como relevante, no entanto não alcançou o CVC recomendado para clareza. A única recomendação foi trocar o termo “*prevenir*” por “*evitar*”. Foram realizadas também as modificações referentes ao termo “*involuntária*” (Quadro 23).

Quadro 23. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 19 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
19	09	0,75	10	0,88	Já perguntou a algum profissional o que fazer para prevenir a perda involuntária de urina	Você já perguntou a algum profissional da saúde o que fazer para evitar a perda de urina (perda de xixi na roupa quando não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado)?

Fonte: Elaborado pela autora

Buscar orientações para prevenção da IU pode não ser o suficiente para que as mulheres tenham aderência às medidas preventivas (ZHANG *et al.*, 2016). A prática de medidas de prevenção pode ser afetada por falta de compreensão das orientações fornecidas pelo profissional (DUNIVAN *et al.*, 2015; DOSHI *et al.*, 2010; BERGER *et al.*, 2011), e a mulher pode não se perceber capaz de realizar medidas preventivas específicas, como a realização de TMAP (SARCOMORI *et al.*, 2015). Dessa forma tanto o item 19 quanto o 20 são relevantes para a escala, visto que tem como objetivo investigar se houve procura por cuidados preventivos e adesão as orientações.

O item 20 deverá ser aplicado apenas em gestantes com continência preservada. Para verificar sintomas de IU será aplicado o ICIQ-SF antes do questionário CAP. Os especialistas que julgaram o item pouco claro expressaram a preocupação de como seria confirmada a ausência de sintomas de incontinência para justificar a aplicação da pergunta (Quadro 24).

Quadro 24. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 20 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
20	07	0,70	10	0,88	Realiza alguma medida de prevenção de perda involuntária de urina? Se sim, quais?	Você realiza alguma medida para evitar perda de urina? Se sim, quais?

Fonte: Elaborado pela autora

Foram acatadas as solicitações de modificação dos termos “*involuntário*” e “*prevenção*”.

O item 21 apresentou CVC satisfatório para clareza e o obteve o resultado máximo para relevância (Quadro 25).

Quadro 25. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 21 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
21	09	0,83	10	0,90	Já buscou ajuda para tratar a perda involuntária de urina?	Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi na roupa quando não está com vontade de urinar ou quando não está em local adequado)?

Fonte: Elaborado pela autora

É comum investigações relatarem que existe uma baixa taxa de busca por tratamento para IU (BADEJOKO *et al.*, 2016; ZHANG *et al.*, 2016; FRIETEL *et al.*, 2014; PERERA *et al.*, 2014; BERGER *et al.*, 2011), o que torna o item bastante relevante para a escala.

Os especialistas recomendaram ao item 22 dar destaque à palavra “sim” e sugeriram acrescentar como opção de resposta “outras fontes” com o objetivo de contemplar a busca de informações através de sites, redes sociais, televisão e mídia impressa (Quadro 26).

Quadro 26. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 22 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
22	10	0,83	10	0,88	Se sim, quem você buscou?	Se SIM, quem você buscou?

Fonte: Elaborado pela autora

O item 23, último da escala, também teve CVC no quesito clareza afetado porque os especialistas julgaram incompreensível ao público alvo os termos utilizados nas respostas. A relevância alcançou CVC satisfatório (Quadro 27).

Quadro 27. Distribuição dos juízes agrupados nas respostas 3 e 4 relacionados a clareza/compreensão e relevância na primeira versão do item 23 da escala

Item	Clareza e compreensão		Relevância		Primeira versão do item	Segunda versão do item
	N juízes respostas 3 e 4	CVC	N juízes respostas 3 e 4	CVC		
23	10	0,73	10	0,83	Se SIM, qual a orientação dada? Você realiza?	Se SIM, qual a orientação dada para o tratamento? Qual o tratamento que você realiza?

Fonte: Elaborado pela autora

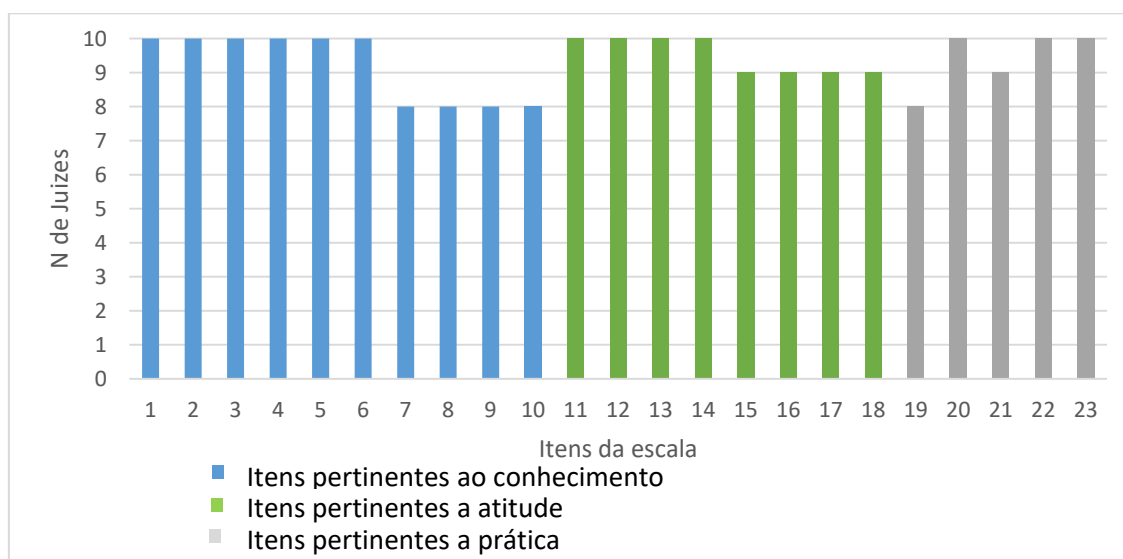
Por fim, todos os itens foram ajustados a fim tornar a escala mais clara e pertinente ao que pretende medir. As análises realizadas através dos cálculos estatísticos do CVC e das recomendações realizadas pelos juízes especialistas subsidiaram o aperfeiçoamento da escala e encaminhamento para o segundo ciclo de avaliação dos juízes (SCAPARO *et al.*, 2012). Esses dados serão apresentados mais adiante.

- **Análise de pertinência teórica**

Nessa análise inicial, os juízes especialistas também avaliaram a associação de cada item ao construto conhecimento, atitude ou prática, de modo a verificar se a escala realmente mede o conceito para qual se destina.

Conforme o gráfico 3, referente a associação dos itens da escala a cada um dos construtos, constatou-se que os itens 1 ao 10 foram considerados pertinentes ao construto conhecimento, os itens 11 ao 18 associado a atitude e os itens 19 a 23 foram julgados com pertinência ao construto prática, por 8 ou mais especialistas.

Gráfico 3. Distribuição do N de juízes que concordou com a associação dos itens da escala a seus respectivos construtos. Fortaleza, CE. 2017.



A análise do índice de concordância dos juízes especialistas no que se refere a associação aos construtos é apresentada na tabela 2 que aponta os valores do Coeficiente de *Kappa* de *Cohen* para cada dois juízes das comparações realizadas entre os 10.

Tabela 2. Distribuição do valor do coeficiente *Kappa* de *Cohen* para os juízes dois a dois relacionado a concordância sobre os domínios CAP da escala

	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8	Juiz 9	Juiz 10
Juiz 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Juiz 2	0,79	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Juiz 3	1,00	0,79	-	-	-	-	-	-	-	-
Juiz 4	0,74	0,65	0,74	-	-	-	-	-	-	-
Juiz 5	0,67	0,71	0,67	0,93	-	-	-	-	-	-
Juiz 6	1,00	0,79	1,00	0,74	0,67	-	-	-	-	-
Juiz 7	0,93	0,73	0,93	0,68	0,61	0,93	-	-	-	-
Juiz 8	0,93	0,86	0,93	0,66	0,73	0,93	0,86	-	-	-
Juiz 9	0,79	0,60	0,79	0,56	0,50	0,79	0,72	0,72	-	-
Juiz 10	1,00	0,79	1,00	0,74	0,67	1,00	0,93	0,93	0,79	-

Na tabela 2 observa-se que todos os valores calculados apresentaram concordância satisfatória a excelente, conforme sugerido por Fleiss (1981). O Coeficiente de *Kappa* de *Cohen* médio calculado foi de 0,8 ($p < 0,01$). Considerando os resultados do Coeficiente de *Kappa* de *Cohen* simples e médio, verificou-se que houve concordância entre os juízes no que se refere à classificação dos itens dentro das dimensões da escala.

5.6 Análise semântica – aplicação da 2ª versão do questionário ao público alvo

5.6.1 Caracterização do público alvo

A 2ª versão do questionário foi aplicada com trinta gestantes, momento em que foi observada e registrada a compreensão em relação aos itens.

Entre as participantes dessa fase da validação, a idade variou entre 16 a 41 anos, com uma média de 29,7 anos ($DP \pm 6,62$). A maior parte (50%) tinha entre 30 e 39 anos. A média de anos de estudo foi de 9,3 anos ($DP \pm 3,6$). Menos da metade (40%) das gestantes tinha escolaridade inferior a 9 anos de estudo. A maioria (53,3%) afirmou renda familiar até um salário mínimo (R\$945,80). Em relação ao estado conjugal, 76,7% eram casadas ou possuíam união estável.

As características de escolaridade e renda permitem inferir que a amostra de gestantes se mostrou ideal para participação da análise semântica da escala, visto que um dos objetivos dessa fase do estudo é verificar se os itens são inteligíveis para o extrato mais baixo da população alvo, ou seja para aquelas com menor nível de instrução (PASQUALI, 1999).

Ao traçar o perfil obstétrico, verificou-se que a Idade Gestacional (IG) variou de 9 a 41 semanas, com média de 27 semanas na data da entrevista. A maioria das mulheres estudadas (70%) tinham história de um ou mais partos e, dessas, apenas sete tiveram parto vaginal. Referente ao peso dos recém-nascidos, foram superiores a 4kg para onze mulheres. A totalidade das gestantes relatou que nunca recebeu orientações de preparo do períneo para o parto.

Ao responder os itens do ICIQ-SF (Tabela 3), foi verificado que 18 gestantes apresentam queixas de perda involuntária de urina. Dessas, a principal queixa foi a de perda de urina ao tossir e espirrar, que se iniciou no período gestacional (Tabela 4).

Tabela 03. Distribuição das participantes do estudo segundo frequência e quantidade da perda urinária. Fortaleza, CE. 2017.

Variável	N=30	%
Frequência da perda		
Nunca	12	40
Uma vez por semana ou menos	04	13,3
Duas ou três vezes por semana	02	6,7
Uma vez ao dia	08	26,7
Diversas vezes ao dia	03	10
O tempo todo	01	3,3
Quantidade da perda urinária		
Nenhuma	12	40
Pequena	15	50
Moderada	3	10
Grande	0	0

A literatura demonstra que o tipo mais comum de IU em mulheres grávidas é a IU de esforço com prevalência variando de 18,6% a 75% e aumentando com a idade gestacional (SANGSAWANG, 2013). Portanto a presente amostra apresenta prevalência de queixa de IU dentro do esperado tornando-a representativa do público a que se destina a escala.

Tabela 04. Distribuição do momento e início da perda urinária em participantes que referiram a queixa. Fortaleza, CE. 2017

Variável	N=18
Momento da perda urinária	
Antes de chegar ao banheiro	9
Quando tosse e espirra	16
Quando está dormindo	02
Fazendo atividade física	01
Quando termina de urinar	07
Sem razão óbvia	03
Quando começou a perda	
Durante a gestação atual	07
Durante a gestação anterior	05
Após o parto	02
Sem relação com gestação e o parto	04

5.6.2 Análise semântica

A 2ª versão da escala foi aplicada às gestantes e verificado que os itens 1,7,8,16,22,23 apresentavam problemas de compreensão e necessitaram de reformulação.

Ao item 1 foi acrescentado exemplos de sintomas de IU de esforço, com os quais as mulheres tiveram melhor compreensão. Uma vez que este item tem como objetivo abranger a definição de IU, tem importância particular porque a sentença “*perder xixi quando não está*

com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro” se repete em outros itens do questionário.

O item 7 e 8 foi reformulado de forma que torne claro para a ideia de prevenção da IU e não gerenciamento de perdas, assim foi evidenciando no início do item a expressão “*em mulheres que não tem queixa de perda de xixi*”.

O item 16 necessitou de adequação para alcançar maior objetividade, foi então substituído “*quando a mulher não apresenta essa condição*” por “*a mulher que não tem perda de urina*”.

Foi identificado que os itens 22 e 23 necessitavam de uma redação mais completa, de forma que seja compreensível mesmo que aplicado de forma independente dos itens. Foi então substituído “*Se SIM, qual a orientação...*” para “*Você disse que buscou tratamento...*”

Quadro 28. Distribuição das modificações realizadas nos Itens em relação a 2º e 3º versão da escala. Fortaleza, CE. 2017.

Item	2ª VERSÃO	3ª VERSÃO
1	Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?
2	Você acha que perder xixi mesmo sem querer acontece mais com homens ou com mulheres?	Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?
3	Você acha que é uma doença perder xixi na roupa quando a mulher não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?	Você acha que é uma doença perder xixi na roupa quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?
4	Você acha que perder de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres <u>podem</u> enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?	Você acha que perder xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?
5	Você acha que é <u>normal</u> a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar e realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?	Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?
6	Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?
7	Você acha que existe algo que possa ser feito para evitar que mulheres percam xixi quando não estão com vontade ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	Você acha que, em mulheres que não tem queixa de perda de xixi quando não estão com vontade ou porque não consegue cheguem a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?
8	Você disse que há como evitar a perda urinária. Pode me dizer como?	Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não tem essa queixa . Pode me dizer como?
9	Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?
10	Você acha que existe tratamento para perda xixi. Pode me dizer quais você conhece?	Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?
11	O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?

12	Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino?	Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino?
13	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?
14	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?
15	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de urina?	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi ?
16	Você acha que mesmo quando a mulher não apresenta essa condição (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional da saúde para evitá-la?	Você acha que a mulher que não tem perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?
17	Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de urina deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?
18	Você acha que caso a mulher tenha uma grande perda de urina deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	Você acha que caso a mulher tenha uma grande perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?
19	Você já perguntou a algum profissional da saúde o que fazer para <u>evitar</u> a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	Você já perguntou a algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?
20	Você faz algo para evitar perda de urina? Se sim, o que você faz para evitar que tenha perda de urina?	Você faz algo para evitar perda de urina? O que você faz para evitar a perda de urina?
21	Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?
22	Se SIM, quem você buscou?	A quem você buscou ajuda para tratar a perda de urina ?
23	Se SIM, qual a orientação dada para o tratamento? Qual o tratamento que você realiza?	Você disse que buscou tratamento , qual foi a orientação dada? Qual o tratamento que você realiza?

5.7 Versão final da escala

A adequação semântica realizada na escala foi submetida ao 2º ciclo de avaliação dos especialistas. Com isso, foi gerada a última versão da escala de avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de gestantes sobre IU.

Nesse ciclo de avaliação, os especialistas foram convidados a acessar o instrumento on-line e, após leitura da 2ª e 3ª versões dos itens, deveriam responder se estavam de acordo com as mudanças realizadas na análise semântica. Apenas 08 especialistas responderam ao formulário.

A diminuição das taxas de respostas em técnicas Delphi é esperada com o decorrer dos ciclos de avaliação (Powell, 2003), no entanto a amostra se manteve acima do mínimo sugerido por Pasquali (1999) e Henandez-Nieto (2002).

Todos os itens foram aprovados pelos especialistas, devendo permanecer na escala. Contudo, os itens 3,4,6,7,8,9,10,13,14,16,19,22 e 23 foram aprovados com ressalvas, os especialistas solicitaram adequações conforme apresentado no quadro 29.

Quadro 29. Itens aprovados com ressalva e respectivas sugestões dos juízes especialistas. Fortaleza, CE. 2017.

ITEM	SUGESTÕES DOS JUÍZES ESPECIALISTAS
3,4,6,7,9,13,14,16,19,22	Juiz 1- solicitou acrescentar “(quando tosse ou espirra)” na sentença dos itens indicados.
8	Juiz 8 – “A mulher pode se sentir pressionada. Perguntaria de forma mais sutil, como no item 10: Pode me dizer quais você conhece?”
23	Juiz 8 - “quais tratamentos você realiza ou já realizou?”

Fonte: Elaborado pela autora

As sugestões dos especialistas se mostraram pertinentes sendo então realizadas as devidas adequações à escala.

- Análise de pertinência teórica

Para confirmar a abrangência da dimensão de cada construto, os especialistas indicaram, em questões de múltipla escolha, o aspecto (fator) medido em cada um dos itens da escala.

No construto conhecimento (tabela 4), observa-se que os itens foram identificados como pertinentes ao conhecimento sobre: sintomas (item 1), fatores de risco (itens 2,4,6) entendimento da IU enquanto doença (3) e prevenção e tratamento (itens 7,8,9,10).

Tabela 4. Distribuição dos aspectos avaliados no construto conhecimento indicado pelos juízes especialistas. Fortaleza, CE. 2017.

Item	Aspectos/fatores medido	N de juízes (Total=08)
1	Sintomas	07
2	Fator de risco/suscetibilidade	08
3	Entendimento da IU enquanto doença	08
4	Fatores de risco/suscetibilidade	08
6	Fatores de risco/Suscetibilidade	07
7	Tratamento/Prevenção	07
8	Tratamento/Prevenção	08
9	Tratamento/Prevenção	08
10	Tratamento/Prevenção	08

Fonte: Elaborado pela autora

No construto atitude os juízes especialistas apontaram que os itens são pertinentes a: Enfrentamento e busca de apoio social (item 11,12,13,14,15), prevenção (item 16) e tratamento (Itens 17,18) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos aspectos avaliados no construto atitude indicado pelos juízes especialistas. Fortaleza, CE. 2017.

Item	Aspectos/fatores medido	N de juízes (Total=08)
11	Enfrentamento e busca de apoio	08
12	Enfrentamento e busca de apoio	08
13	Enfrentamento e busca de apoio	08
14	Enfrentamento e busca de apoio	08
15	Enfrentamento e busca de apoio	06
16	Prevenção	07
17	Tratamento	07
18	Tratamento	08

Fonte: Elaborado pela autora

Para o construto prática os especialistas identificaram que os itens foram pertinentes a prevenção (itens 19,20) e tratamento (itens 21,22,23) (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos aspectos avaliados no construto prática indicado pelos juízes especialistas. Fortaleza, CE. 2017.

Item	Aspectos/fatores medido	N de juízes (Total=08)
19	Prevenção	7
20	Prevenção	8
21	Tratamento	7
22	Tratamento	8
23	Tratamento	8

Fonte: Elaborado pela autora

A concordância dos juízes especialistas no que se refere aos aspectos/fatores representados em cada um dos itens foi verificado pelo do coeficiente Kappa (Tabela 7).

Na tabela 7 observa-se que todos os valores calculados apresentaram concordância excelente, com exceção da concordância entre o juiz 1 juiz 2 que obteve nível de concordância satisfatória, conforme sugerido por Fleiss (1981). O Coeficiente de *Kappa de Cohen* médio calculado foi de 0,84 ($p < 0,01$). Considerando os resultados do Coeficiente de *Kappa de Cohen* simples e médio, verificou-se que houve concordância entre os juízes no que se refere a classificação dos itens dentro das dimensões conhecimento, atitude e prática.

Tabela 7. Valores do Coeficiente de *Kappa de Cohen* para cada uma das comparações realizadas entre os 8 juízes que participaram desse ciclo de avaliação.

	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	Juiz 8
Juiz 1								
Juiz 2	0,72							
Juiz 3	0,81	0,81						
Juiz 4	0,76	0,95	0,86					
Juiz 5	0,81	0,86	0,91	0,90				
Juiz 6	0,76	0,86	0,86	0,90	0,90			
Juiz 7	0,76	0,81	0,86	0,81	0,86	0,81		
Juiz 8	0,76	0,81	0,86	0,86	0,95	0,86	0,81	

Fonte: Elaborado pela autora

Essa etapa da avaliação teórica dos itens encerra o polo teórico, visto que houve consenso na aprovação dos juízes após as adequações nos quesitos clareza e compreensão, relevância e pertinência dos aspectos/fatores medidos em cada um dos construtos da escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU.

O quadro 30 apresenta a versão após concluídas todas as fases da validação de conteúdo, considerando-se que as etapas seguidas no presente estudo permitiram a construção

de um instrumento capaz de medir conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU, o mesmo encontra-se apto a ser empiricamente testado nos polos empíricos e analíticos.

Quadro 30 – Versão aprovada em consenso da escala de avaliação do conhecimento, atitude e prática de gestantes sobre IU. Fortaleza, CE. 2017

Construto	Item da escala	Itens de resposta	Pontuação
CONHECIMENTO	1. Você já ouviu falar que algumas mulheres perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirram) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores e FINALIZAR A ENTREVISTA.
	2. Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro acontece mais com homens ou com mulheres?	1. Mulher 2. Homem 3. Não sabe	1. Para resposta “mulher” contabiliza-se 10 escores 2. Para respostas 2 e 3 contabiliza-se 0,0 escores
	3. Você acha que é uma doença perder xixi na roupa quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	4. Você acha que perder xixi quando não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro é um problema que as mulheres podem enfrentar em alguma fase da vida (gestação, após o parto, envelhecimento)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	5. Você acha que é normal a gestante ter perda de xixi em momentos como tossir, espirrar ou realizar algum esforço físico? Ou perder urina antes de chegar ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 0,0 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 10 escores
	6. Você sabe o que pode causar a perda de xixi quando a mulher não está com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Não sabe 2. Gravidez/Parto/ Parto instrumental 3. Epsiotomia/laceração 4. Menopausa/ Envelhecimento 5. Cirurgia pélvica 6. Comorbidades (Infecção urinária, demências, doença do colágeno) 7. Fraqueza do músculo do assoalho pélvico/ Falta de preparo do períneo 8. POP (bexiga baixa) 9. Obesidade 10. Atividade de levantar peso ou fazer muito esforço físico Outros _____	Peça que mulher cite o maior número de fatores que souber 1. Para respostas do item 2 a 10, contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sabe” ou erradas no item 11, contabiliza-se 00 escores

	7	Você acha que, em mulheres que não tem queixa de perda de xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro, existe algo que possa ser feito para evitar?	3. Sim 4. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	8	Você disse que existe como evitar a perda de xixi em mulheres que não tem essa queixa. Pode me dizer quais você conhece?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso 5. Realizar exercício de fortalecimento do assoalho pélvico	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sabe” ou erradas contabiliza-se 00 escores
	9	Você acha que existe tratamento para mulheres que perdem xixi quando não estão com vontade (quando tosse ou espirra) ou porque não conseguem chegar a tempo ao banheiro?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	10	Você acha que existe tratamento para perda de xixi. Pode me dizer quais você conhece?	1. Nada 2. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 3. TMAP 4. Pessário para incontinência 5. Eletroestimulação neuromuscular 6. Cones vaginais 7. Cirurgia 8. Medicamento 9. Orações 10. Ervas 11. Outros _____	1. Para respostas do item 2 a 7 contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “não sei”, 8,9,10,11 ou erradas - 00 escores
	Score total do CONHECIMENTO (0 – 100): _____			
ATTITUDE	11	O quanto você se sentiria à vontade para falar com profissional de saúde que você perde urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	12	O quanto você se sentiria à vontade para falar com seu companheiro (namorado, marido) sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores 2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	13	O quanto você se sentiria à vontade para falar com	1 - Nada à vontade	1. Para a opção de resposta 01 – 00 escores

		seu familiar ou amigos sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso?	2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade	2. Para a opção de resposta 02 – 05 escores 3. Para a opção de resposta 03 – 10 escores
	14	Você conversaria sobre perda de urina com profissionais de saúde do sexo masculino sobre esse assunto (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro), se esse fosse o seu caso??	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	15	Você acha que o pré-natal pode ser um momento para a gestante conversar com um profissional de saúde sobre formas de evitar ou tratar a perda de xixi?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 15 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	16	Você acha que a mulher que não tem perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro) deve buscar ajuda de um profissional de saúde para evitá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	17	Você acha que mesmo quando a mulher tem uma pequena perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 10 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
	18	Você acha que caso a mulher tenha uma grande perda de xixi deve buscar ajuda de profissionais de saúde para tratá-la?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 05 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 0,0 escores
Escore total da ATITUDE (0 – 80):				
PRÁTICA	19	Você já perguntou a algum profissional de saúde o que fazer para evitar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores
	20	Você faz algo para evitar (prevenir) perda de urina?	1. Sim 2. Não	1. Para resposta “Não” contabiliza-se 00 escores. 2. Para resposta “Sim”, devem ser considerados os valores abaixo (no próximo item) contabiliza-se 00 escores.
		O que você faz para evitar(prevenir) a perda de urina?	0. Não sabe 1. Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2. Evitar constipação 3. Manter peso corporal saudável 4. Evitar levantar peso	1. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta “não sabe” ou erradas contabiliza-se 00 escores

		5. Realizar exercício que fortaleça o assoalho pélvico Outros: _____	
21	Você já buscou ajuda para tratar a perda de urina (perda de xixi quando não está com vontade de urinar ou porque não consegue chegar a tempo ao banheiro)?	1. Sim 2. Não	1. Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 20 escores 2. Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 escores
22	Quem você buscou para tratar a perda de urina? Se não buscou, porque?	1 - Enfermeira 2 - Médico 3 – Fisioterapeuta 4 - Outro profissional da saúde: _____ 5 – Leigos: _____	1. Para resposta 1, 2, 3 e 4 contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta 5 contabiliza-se 0,0 escores
23	Você disse que buscou tratamento, qual foi a orientação dada?	1. Nada 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para incontinência 6. Eletroestimulação neuromuscular 7. Cones vaginais 8. Medicamento 9. Outra: _____	Este item tem o objetivo de guiar o entrevistador para o item seguinte em caso de resposta: 2 a 8
	Qual o tratamento que você realiza ou já realizou?	1. Nada 2. Cirurgia 3. TMAP 4. Terapia comportamental (treino da bexiga, perda de peso, adequação de hábitos alimentares) 5. Pessário para incontinência 6. Eletroestimulação neuromuscular 7. Cones vaginais 8. Medicamento 9. Outra: _____	1. Para resposta 2 a 8 contabiliza-se 20 escores 2. Para resposta Nada ou erradas contabiliza-se 0,0 escores
ESCORE Total da PRÁTICA (0 – 100): _____			

6. CONCLUSÕES

Seguindo-se as etapas sugeridas por Pasquali (1999) para elaboração de instrumentos de medida, o presente estudo versou sobre a construção e análise teórica de um instrumento capaz de identificar o conhecimento, a atitude e a prática de gestantes frente a suscetibilidade a IU, originando a Escala de Conhecimento, Atitude e Prática de Gestantes sobre IU.

Os itens da escala foram definidos a partir do aprofundamento teórico, que possibilitou realizar a identificação, definição operacional e delimitação dos atributos de cada um dos construtos “conhecimento”, “atitude” e “prática” sobre IU. Assim essa explanação teórica permitiu enunciar os atributos que caracterizam os construtos em 23 itens da seguinte forma:

- **Construto conhecimento** – itens 1 a 10, os quais são relacionados ao entendimento da IU enquanto doença, conhecimento dos fatores de risco, formas de prevenir e tratar a IU. Escores variam de 0 a 100.
- **Construto atitude** – itens 11 a 18, abrangendo intenção de busca por prevenção e tratamento, além de percepção de apoio social e profissional. Escores variam de 0 a 80.
- **Construto prática** – itens de 19 a 23, relacionados realização de medidas de prevenção e tratamento. Escores variando de 0 a 100.

Houve poucas contribuições dos juízes em relação as respostas dos itens dentro da escala, o que pode ser destacado como uma limitação do estudo. A validação de conteúdo consome tempo considerável dos juízes, e manter a motivação de profissionais altamente qualificados para participação voluntária é uma dificuldade desse tipo de pesquisa, sendo enfrentado também nesse estudo. A abstenção dos especialistas entre os 2 ciclos de avaliação foi limitação as quais as pesquisadoras se depararam.

Ao final de 2 ciclos de análise teórica realizada por juízes especialistas, mediadas por testes estatísticos rigorosos, foi possível chegar a um consenso quanto a estrutura semântica, pertinência teórica e relevância dos itens, determinando que a última versão do instrumento representa as propriedades que caracterizam o construto em questão e, portanto, alcançando a validade de conteúdo.

Tendo em vista que a pesquisa utilizou metodologia que comprova que a escala representa o construto “conhecimento, atitude pratica de gestantes sobre IU”, o instrumento

pode ser considerado apto para ser testado empiricamente e então submetê-lo a análise psicométrica de confiabilidade. Só assim, a escala ora submetida a análise teórica, poderá ser considerada válida e confiável para ser utilizada na prática clínica e em pesquisas.

Ressalta-se que, em estudo posterior, será dado seguimento aos procedimentos do polo empírico e analítico a fim de concluir a validação dessa escala.

A escala proposta nesse estudo é de grande interesse para a promoção continência em gestantes, visto que a avaliação do CAP sobre IU possibilitará identificar as barreiras para a adoção de comportamentos saudáveis. Assim, a escala se torna ferramenta para a prática assistencial e acadêmica com vistas a orientar e avaliar intervenções educativas destinadas a promoção da continência.

Conclui-se, desse modo, que foi possível construir uma escala para avaliação do conhecimento, da atitude e da prática de gestantes sobre IU e que a mesma representa o conteúdo dos construtos que pretende medir, alcançando a validade de conteúdo.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, P. et al. Incontinence (Ed. 5), ICUD, Bristol, UK (2013).

_____. Incontinence (Ed. 6), ICUD, Vancouver, CA (2017).

AKKUS, Y.; PINAR, G.. Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey. *International urogynecology journal*, v. 27, n. 6, p. 887-893, 2016.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

BADEJOKO, O. O. *et al.* Urinary incontinence: prevalence, pattern, and opportunistic screening in Ile-Ife, Nigeria. *International urogynecology journal*, v. 27, n. 2, p. 269-273, 2016.

BALIK, G. *et al.* Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence During Pregnancy. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 2014.

BANO, R. *et al.* A comparative study of knowledge, attitude, practice of nutrition and non-nutrition student towards a balanced diet in Hail University. *IOSR Journal of nursing and health science*, v. 2, n. 3, p. 29-36, 2013.

BARBOSA, A.M.C.; MRINE, G.; PICULO, F. Prevalence of urinary incontinence and pelvic floor muscle dysfunction in primiparae two years after cesarean section: cross-sectional study. *São Paulo Med. J.*, v. 131, n.2, p.95-99, 2013.

BECKSTEAD, J. W. Content validity is naught. *International Journal of Nursing Studies*, v. 46, n. 9, p. 1274-1283, 2009.

BERGER, M. B. *et al.* Racial differences in self-reported healthcare seeking and treatment for urinary incontinence in community-dwelling women from the EPI study. *Neurourology and urodynamics*, v. 30, n. 8, p. 1442-1447, 2011.

BLANES, L.; PINTO, R. C.T; SANTOS, V. L. C. G. Urinary incontinence. Knowledge and attitudes in São Paulo. *Braz J Urol*, v. 27, n. 3, p. 281-288, 2001.

BORBA, A.R; BRONDANI, D.K; KNORST, M.R. Incontinência urinária no puerpério de parto vaginal e cesárea: revisão de literatura. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p.54-59, jan./abr. 2014.

BORGES, J.B.R.; GUARISI, T.; CAMARGO, A.C.M.; GOLLOP, T.R.; MACHADO, R.B.; BORGES, P.C.G. Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. *Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein*, São Paulo, n. 8, p.192-196, 2010.

BRAGA, C. G. *et al.* Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRANCH, L. G. *et al.* Urinary Incontinence Knowledge Among Community-Dwelling People 65 Years of Age and Older. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 42, n. 12, p. 1257-1261, 1994.

BUSH, T. A.; CASTELLUCCI, D. T.; PHILLIPS, C. Exploring women's beliefs regarding urinary incontinence. *Urologic Nursing*, v. 21, n. 3, p. 211, 2001.

CHAMPION, V. L.; SKINNER, C. S. The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, v. 4, p. 45-65, 2008.

COLLARES, C.; GREC, W.; MACHADO, J. Psicometria na garantia da qualidade da educação médica: conceitos e aplicações. *Sci Health*, v. 3, n. 1, p. 33-49, 2012.

DAY, M. R. *et al.* Community-dwelling women's knowledge of urinary incontinence. *British journal of community nursing*, v. 19, n. 11, p. 534-538, 2014.

DE CARVALHO, E. C. *et al.* Critérios para seleção de experts em estudos de validação de diagnósticos. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 10., 2010, Brasília. Anais. Brasília: ABEn, 2010. P. 787-790.

DE GAGNE, J. C. *et al.* The effect of a urinary incontinence self-management program for older women in South Korea: A pilot study. *International Journal of Nursing Sciences*, v. 2, n. 1, p. 39-46, 2015.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *International journal of nursing knowledge*, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

DE SOUZA M. M. C.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dífíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. *O Clássico e o Novo*, p. 117, 2003.

DELFT, K. *et al.* The relationship between postpartum levator ani muscle avulsion and signs and symptoms of pelvic floor dysfunction. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 121, n. 9, p. 1164-1172, 2014.

DOSHI, A. M. *et al.* Women with diabetes: understanding urinary incontinence and help seeking behavior. *The Journal of urology*, v. 184, n. 4, p. 1402-1407, 2010.

DUNIVAN, G. C. *et al.* Elder American Indian women's knowledge of pelvic floor disorders and barriers to seeking care. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, v. 21, n. 1, p. 34, 2015.

EBBESEN, M. H. *et al.* Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *BMC urology*, v. 13, n. 1, p. 27, 2013.

EL-AZAB, A.S.; SHAABAN, O. M. Measuring the barriers against seeking consultation for urinary incontinence among Middle Eastern women. *BMC women's health*, v. 10, n. 1, p. 3,

2010.

ELENSKAIA, K. *et al.* The effect of pregnancy and childbirth on pelvic floor muscle function. *International urogynecology journal*, v. 22, n. 11, p. 1421, 2011.

FEIO, A. G.; OLIVEIRA, C.C. O MODELO DAS CRENÇAS DE SAÚDE (HEALTH BELIEF MODEL) E A TERORIA DA AUTOPOIESIS. *Reflexão e Ação*, v. 18, n. 1, p. 215-243, 2010.

FREDERICE, C.,P., AMARAL, E., NEVILLE, F. O., Sintomas urinários e função muscular do assoalho pélvico após o parto. *Rev. Brasileira de Ginecologia Obstetricia*, Campinas, v.33, n.4, p.188-195, 2011.

FRITEL, Xavier et al. Association of postpartum depressive symptoms and urinary incontinence. A cohort study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, v. 198, p. 62-67, 2016.

GEOFFRION, R. *et al.* Evaluating patient learning after an educational program for women with incontinence and pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, v. 20, n. 10, p. 1243-1252, 2009.

GIRAO, M.J.B.C et al. *Tratado de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico*. São Paulo: Ed.Manole, 2015.

GUILLEN LOPEZ, Otto; LLANOS ZAVALAGA, Fernando; LECCA GARCIA, Leonid. Conocimientos sobre incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados. *Revista Medica Herediana*, v. 14, n. 4, p. 186-194, 2003.

GYHAGEN, M. et al. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 120, n. 2, p. 152-160, 2013.

GYHAGEN, M. et al. A comparison of the long-term consequences of vaginal delivery versus caesarean section on the prevalence, severity and bothersomeness of urinary incontinence subtypes: a national cohort study in primiparous women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 120, n. 12, p. 1548-1555, 2013.

HAYLEN, B.T. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, v. 21, n. 5, p. 5-26, 2010.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological assessment*, v. 7, n. 3, p. 238, 1995.

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. *Contributions to Statistical Analysis*. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002.

HOCHBAUM, G.; ROSENSTOCK, I.; KEGELS, S. *Health belief model*. United States Public Health Service, 1952.

- HOLROYD-LEDUC, J. M. *et al.* Translation of evidence into a self-management tool for use by women with urinary incontinence. *Age and ageing*, v. 40, n. 2, p. 227-233, 2011.
- HSIEH, C.H. *et al.* Prevalence of and attitude toward urinary incontinence in postmenopausal women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 100, n. 2, p. 171-174, 2008.
- HSU, C.C.; SANDFORD, B. A. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical assessment, research & evaluation*, v. 12, n. 10, p. 1-8, 2007.
- HULLEY, S.B. *et al.* Delineamento de Pesquisa Clínica. Porto Alegre. Artmed ed. 2015.
- JASPER, Melanie A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.
- JASPER, Melanie A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.
- KALIYAPERUMAL I.E.C. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. *AECS illumination*, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.
- KARBAGE, S. A. L., et al. Quality of life of Brazilian women with urinary incontinence and the impact on their sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 201, p. 56-60, 2016.
- KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. P. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International journal of nursing studies*, v. 38, n. 2, p. 195-200, 2001.
- KELLER, S. L. Urinary incontinence: occurrence, knowledge, and attitudes among women aged 55 and older in a rural Midwestern setting. *Journal of WOCN*, v. 26, n. 1, p. 30-38, 1999.
- KIRKLAND, V. L.; PALMER, M. H.; FITZGERALD, S. T. Incontinence in a manufacturing setting: women's perceptions and responses. *Public Health Nursing*, v. 18, n. 5, p. 312-317, 2001.
- LAVY, Y.; SAND, P.K.; KANIEL, C.I. Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented? *International urogynecology journal*, v. 23, n. 2, p. 165-173, 2012.
- LEROY, L.S.; LOPES, M.H.B. A incontinência urinária no puerpério e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar.-abr. 2012 [acesso em: 01/05/2016];20(2):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_18.pdf
- LIAO, Y.M. *et al.* Pelvic floor muscle training effect on urinary incontinence knowledge, attitudes, and severity: an experimental study. *International journal of nursing studies*, v. 43, n. 1, p. 29-37, 2006.
- LOPES, D. B. M.; DE SOUZA P., N. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. *Texto and Contexto Enfermagem*, v.19, n. 4, p. 667-674, out-dez. 2010.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 5, 2013.

LUO, R., *et al.* Urinary incontinence in female outpatients in Singapore. *International Urogynecology Journal*, p. 1-6, 2017.

MACARTHUR, C. *et al.* Exclusive caesarean section delivery and subsequent urinary and faecal incontinence: a 12-year longitudinal study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 118, n. 8, p. 1001-1007, 2011.

MANDIMIKA, C. L. *et al.* Racial disparities in knowledge of pelvic floor disorders among community-dwelling women. *Female pelvic medicine & reconstructive surgery*, v. 21, n. 5, p. 287, 2015.

MARTINS, G. *et al.* Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *International urogynecology journal*, v. 21, n. 10, p. 1271-1277, 2010.

MEAC. Relatório assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand 2014. Fortaleza, Departamento de Saúde Materno Infantil/Faculdade de Medicina/UFC, 2015. 146 p. < Disponível em: <http://www.meac.ufc.br/> Acesso em 15/05/2016.

MEDEIROS, R. K. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, n. 4, p. 127, 2015.

MELVILLE, J. L. *et al.* Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *Journal of Women's Health*, v. 17, n. 7, p. 1093-1098, 2008.

MENDES, K. D. S. *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MILSOM, I. Can we predict and prevent pelvic floor dysfunction?. *International urogynecology journal*, v. 26, n. 12, p. 1719, 2015.

MINAYO, M. C.S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e Possíveis Relações entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P; MARSIGLIA, R.M.G; GOMES, M.H.A. (Org.). *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. P 117 a 143.

MOISÉS, E.C.D.; BRITO, L.G.O.; DUARTE, G.; FREITAS, M.M.S. Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. *Revista Feminina*, São Paulo, v. 39, n.8, p.409-412, 2011.

MORHASON-BELLO, I. O. *et al.* Theories of urinary incontinence causation: aetiological descriptions by sub-Saharan African women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 162, n. 1, p. 109-112, 2012.

NEWMAN, D. K. Report of a mail survey of women with bladder control disorders. *Urologic Nursing*, v. 24, n. 6, p. 499, 2004.

O'DONNELL, M. *et al.* Help-seeking behaviour and associated factors among women with

urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *European urology*, v. 47, n. 3, p. 385-392, 2005.

OLIVEIRA, C.; SELEME, M.; CANSI, P., F. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with sócio-demographic variables and quality of life. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.59, n. 5, p. 460-466, 2013.

OLIVEIRA, E.; ZULIANI, L.M.M.; ISCHICAVA, J.; SILVA, S.V.; ALBUQUERQUE, S.S.R.; SOUZA, A.M.B.; BARBOSA, P.C. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.56, n. 6, p. 688-690, 2010.

PASCHE, D. F. V. M. E. A.; GIOVANN, M.; ALMEIDA, P. V. B. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, 2014.

PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

_____. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes, 2003. 397p.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

_____. Psychometrics. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. SPE, p. 992-999, 2009.

_____. Testes referentes a construto: teoria e modelos de construção. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*, p. 165-198, 2010.

PERERA, J. *et al.* Descriptive cross sectional study on prevalence, perceptions, predisposing factors and health seeking behaviour of women with stress urinary incontinence. *BMC women's health*, v. 14, n. 1, p. 78, 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos de pesquisa em pesquisa: métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Ed. Artemis, 2011.

_____. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S.V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health*, v. 30, n. 4, p. 459-467, 2007.

POWELL, C. The Delphi technique: myths and realities. *Journal of advanced nursing*, v. 41, n. 4, p. 376-382, 2003.

SABOIA, D.M. *et al.* Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de

mulheres. Revista da Escola de Enfermagem da USP. No prelo, 2018

SALEH, N. *et al.* Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem?. *Maturitas*, v. 50, n. 1, p. 58-65, 2005.

SALMOND, S. S. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. *Orthopaedic Nursing*, v. 27, n. 1, p. 28-30, 2008.

SANGE, C; HILL, L. M. S. Urinary incontinence in Muslim women. *Nursing Science*, v. 8, n. 1, p. 61-76, 2008.

SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *International urogynecology journal*, v. 24, n. 6, p. 901-912, 2013.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre a técnica delphi em pesquisa na enfermagem. *Northeast Network Nursing Journal*, v. 13, n. 1, 2012.

SESHAN, V.; MULIIRA, J. K. Self-reported urinary incontinence and factors associated with symptom severity in community dwelling adult women: implications for women's health promotion. *BMC women's health*, v. 13, n. 1, p. 16, 2013.

SHAH, A. D. *et al.* A reliable, valid instrument to assess patient knowledge about urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal*, v. 19, n. 9, p. 1283, 2008.

SHAW, C. *et al.* Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Family practice*, v. 18, n. 1, p. 48-52, 2001.

SIDDIQUI, N. Y. *et al.* Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. *International urogynecology journal*, v. 25, n. 7, p. 863-871, 2014.

SIEVERT, Karl-Dietrich *et al.* Can we prevent incontinence?: ICI-RS 2011. *Neurourology and urodynamics*, v. 31, n. 3, p. 390-399, 2012.

SOARES, P.R.A.L. Disfunção do Assoalho Pelvico e Qualidade de Vida. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

TANNENBAUM, C. *et al.* Effectiveness of continence promotion for older women via community organisations: a cluster randomised trial. *BMJ open*, v. 3, n. 12, p. e004135, 2013.

TANNENBAUM, C. *et al.* Lessons learned: Impact of a continence promotion activity for older community-dwelling women. *Neurourology and urodynamics*, v. 29, n. 4, p. 540-544, 2010.

VANDAMME, E. Concepts and challenges in the use of Knowledge-Attitude-Practice surveys: Literature review, 2009.

WALTREGNY, D. *et al.* Mode of Delivery: A Modifiable Risk Factor for Subsequent Stress Urinary Incontinence?. *European urology*, v. 70, n. 1, p. 159-160, 2016.

WANG, C. *et al.* Effects of stigma on Chinese women's attitudes towards seeking treatment for urinary incontinence. *Journal of clinical nursing*, v. 24, n. 7-8, p. 1112-1121, 2015.

WESNES, S. L.; LOSE, G. Preventing urinary incontinence during pregnancy and postpartum: a review. *International urogynecology journal*, v. 24, n. 6, p. 889-899, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. WHO Library Cataloguing-in-Publication.2008. Disponível em: http://www.stoptb.org/resource_center/assets/documents/ACSM_KAP%20GUIDE.pdf > Acesso em 20/04/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal mortality Fact sheet N°348 Updated Maio 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> > Acesso em 20/04/2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* A Guide to Developing Knowledge, Attitude, and Practice Surveys. Switzerland. WHO, 2008.

YE, J.; BETRÁN, A.P.; VELA, M.G.; SOUZA, J.P.; ZHANG, J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014.

YE, J. *et al.* Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*, v. 41, n. 3, p. 237-244, 2014.

YUAN, H.; WILLIAMS, B. A. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. *Health & social care in the community*, v. 18, n. 1, p. 82-90, 2010.

ZHANG, N. *et al.* Effects of a new community-based reproductive health intervention on knowledge of and attitudes and behaviors toward stress urinary incontinence among young women in Shanghai: a cluster-randomized controlled trial. *International urogynecology journal*, v. 27, n. 4, p. 545-553, 2016

APÊNDICES
APÊNDICE A –
INSTRUMENTO PARA SELECIONAR OS JUÍZES ESPECIALISTAS

Nome do Profissional:
Endereço do currículo Lattes:
Categoria profissional: Especialidade:
Tempo de graduado (em anos):
Atuação profissional: () assistência () gestão () pesquisa () ensino () consultoria

Atributos	Característica
Possui habilidade/ conhecimento adquirido pela experiência	() Experiência profissional assistencial na área de uroginecologia, pelo período mínimo de cinco anos; ➤ Onde? _____ () Experiência docente na área de uroginecologia, pelo período mínimo de cinco anos. ➤ Onde? _____
Possui habilidade/ conhecimento especializado(s) que tornem profissional autoridade no assunto	() Convidado em evento científico nacional ou internacional na área de uroginecologia como palestrante; ➤ Onde? _____ () Orientou trabalhos acadêmicos de Pós-graduação <i>Stricto sensu</i> com temática relativa à área de uroginecologia; ➤ Qual? _____ () Título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de uroginecologia; ➤ Qual tema? _____ () Título de doutor com tese em temática na área de uroginecologia ➤ Qual tema? _____ () Participação em mesas redondas de eventos científicos na área de uroginecologia; ➤ Onde? _____
Possui habilidade especial em determinado tipo de estudo	() Experiência no desenvolvimento de pesquisa na área de uroginecologia; ➤ Qual? _____ () Autoria em artigos (s) científicos na área de uroginecologia; ➤ Qual tema? _____ () Participação em banca (s) avaliadora (s) de trabalhos acadêmico de Pós-graduação <i>Stricto sensu</i> com temática relativa na área de uroginecologia ➤ Qual tema? _____
Possui classificação alta atribuída por uma autoridade	() Homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de uroginecologia, recebida de instituição científica conhecida ➤ Qual instituição? _____ () Trabalhos premiados em eventos científicos nacionais e internacionais cujo conteúdo seja referente à área de uroginecologia. ➤ Qual tema? _____

**APENDICE B –
CONVITE PARA JUÍZES SELECIONADOS**

Fortaleza, ____ de ____ de 2017

Prezada,

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Estou desenvolvendo pesquisa sob orientação da Professora Dra Camila Vasconcelos, com título CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA.

São objetivos do estudo construir e validar um instrumento de avaliação, do Conhecimento da Atitude e da Prática, de gestantes sobre Incontinência Urinária. Para isso, o instrumento precisa ser submetido a um rigoroso protocolo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento.

Logo, foram estabelecidos critérios para seleção dos experts que devem participar da etapa de análise teórica do instrumento, os quais a senhora atendeu plenamente. Assim **gostaria de solicitar a sua colaboração e lhe convidar a participar da referida validação**, tendo em vista que seus conhecimentos serão relevantes para avaliar o instrumento que será utilizado no presente estudo.

Peço que responda este email confirmando ou não a disponibilidade em participar de nossa pesquisa.

Caso aceite o convite o instrumento será disponibilizado para análise através de link no *googleforms*.

Com grande apreço agradeço desde já sua valiosa atenção!

Mariana Luisa Firmiano

Enfermeira Obstetra - MEAC-UFC

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - UFC

Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva - NEPPSS/UFC

(85) 9 99943 3750

APENDICE C –**ORIENTAÇÃO AO ACESSO AO FORMULÁRIO DE ANÁLISE DOS ITENS DA ESCALA****Convite para juízes selecionados****Fortaleza, ____ de _____ de 2017**

Prezada,

Somos gratas por ter aceito nosso convite. Sua expertise trará contribuições valiosas na pesquisa CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA (CAP) DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA. Segue o link para acesso ao instrumento a ser analisado: https://docs.google.com/forms/d/1rTWnqc6ZJpgPBePaIHZ0v_dI94MWDy7NKpuRX9zRug/edit

Ao acessar o *googleforms* terá acesso ao:

- (1) Termo de consentimento livre e esclarecido;
- (2) Questionário para caracterização dos juízes;
- (3) Sinopse sobre definições de cada domínio CAP para as quais se criaram os itens para fins de consulta (segue também anexo neste email), e
- (4) Instrumento para análise do questionário, onde cada item deverá ser avaliado com relação a clareza da linguagem, a pertinência prática e relevância teórica.

Encaminho em anexo neste email a sinopse de definições CAP para facilitar consulta no decorrer da avaliação. Estou disponível para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Mariana Luisa Firmiano

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFC

Membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva - NEPPSS

APENDICE D –

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –JUÍZES

Caro (a) Senhor (a),

Sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou desenvolvendo pesquisa sob orientação da Professora Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, com título CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA.

São objetivos do estudo construir e validar um instrumento de avaliação, do Conhecimento da Atitude e da Prática, de gestantes sobre Incontinência Urinária (IU). Para isso, o instrumento precisa ser submetido a um rigoroso protocolo de avaliação das propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento. Logo, foram estabelecidos critérios para seleção dos experts que devem participar da etapa de análise teórica do instrumento, os quais o (a) senhor (a) atendeu plenamente.

Sua participação na pesquisa CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para analisar/validar a escala.

As seções desta plataforma serão divididas em (1) termo de consentimento livre e esclarecido; (2) questionário para caracterização dos juízes; (3) Sinopse sobre definições de cada domínio para as quais se criaram os itens, para fins de consulta; (4) formulário para Análise do questionário CAP, onde cada item será avaliado com relação a clareza da linguagem, a pertinência prática e relevância teórica.

As informações serão usadas exclusivamente na realização deste trabalho, informo que será garantido o seu anonimato e assegurada sua privacidade, assim como o direito de desistir de participar em qualquer momento da pesquisa, sem que lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. Será assegurado que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os benefícios e procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para resolver quais quer dúvidas.

No que diz respeito aos benefícios do presente estudo, destaca-se que, ao garantir a validade deste instrumento, será possível compreender, de forma confiável, os comportamentos das mulheres frente a incontinência urinária. Colaborando com a elaboração e avaliação de intervenções educativas na perspectiva da promoção da saúde.

Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. E ressalto que não será

efetuada nenhuma gratificação pela participação.

A pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de desenvolvimento deste estudo.

Agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Pesquisadora: Mariana Luisa Veras Firmiano

Endereço: Departamento de Enfermagem - UFC. Rua Alexandre Baraúna, Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE.

Telefone (88) 999433750. E-mail: mariana-luisa@hotmail.com

Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand,
Rua Cel Nunes de Melo S/n, Rodolfo Teófilo, Telefone: 3366.8569

Concordo em participar desta pesquisa, declarando, para os devidos fins, que cedo os direitos das informações coletadas pela pesquisadora, estando ciente dos objetivos da pesquisa e do direito de retirar o meu consentimento, sem que isso me traga prejuízo.

Nome

RG

Data

APENDICE E –
QUESTIONÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

5. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Feminino
☐ Masculino

6. Categoria profissional *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Enfermeira(o)
☐ Médica(o)
☐ Fisioterapeuta

7. Atuação profissional *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Assistencial
☐ Gestão
☐ Pesquisa
☐ Ensino
☐ Consultoria

8. Área de atuação *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ ginecologia/obstetricia
☐ ginecologia
☐ obstetricia
☐ uroginecologia
☐ Outra: _____

9. Tempo de atuação na área? *

10. Tempo de experiência profissional assistencial na área de uroginecologia?

11. Tempo de experiência docente na área de uroginecologia?

12. **Convidado em evento científico nacional ou internacional na área de uroginecologia como palestrante? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ sim

☐ não

13. **Orientou trabalhos acadêmicos de Pós-graduação Stricto sensu com temática relativa à área de uroginecologia? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ sim

☐ não

14. **Orientou trabalhos acadêmicos de Pós-graduação Stricto sensu com temática relativa à validação de instrumentos de coleta de dados? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ sim

☐ não

15. **Título de pós-graduação Stricto sensu, com dissertação ou tese em temática relativa à área de uroginecologia? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ sim

☐ não

16. **Título de pós-graduação Stricto sensu, com dissertação ou tese em temática relativa à área de validação de instrumentos de coleta de dados? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

17. **Participação em mesas redondas de eventos científicos na área de uroginecologia? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ sim

☐ não

18. **Experiência no desenvolvimento de pesquisa na área de uroginecologia? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ sim

☐ não

19. **Experiência no desenvolvimento de pesquisa na área de validação de instrumentos de coleta de dados? ***

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

20. Autoria em artigos (s) científicos na área de uroginecologia? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
☐ não

21. Autoria em artigo(s) científicos na área de validação de instrumento de coleta de dados? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
☐ não

22. Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos acadêmico de Pós-graduação Stricto sensu com temática relativa na área de uroginecologia? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
☐ não

23. Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos acadêmico de Pós-graduação Stricto sensu com temática relativa na área de validação de instrumento de coleta de dados? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
☐ não

24. Homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de uroginecologia, recebida de instituição científica? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
☐ não

25. Trabalhos premiados em eventos científicos nacionais e internacionais cujo conteúdo seja referente à área de uroginecologia? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
☐ não

26. Trabalhos premiados em eventos científicos nacionais e internacionais cujo conteúdo seja referente à área de validação de instrumento de coleta de dados? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ sim
☐ não

**APENDICE F –
INSTRUMENTO PARA ANÁLISE DA ESCALA PROPOSTA –JUÍZES**

ITEM 1

Já ouviu falar que a mulher pode perder urina mesmo quando não está com vontade? 1 - Sim 2 - Não
Instruções para o entrevistador: 1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta 2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante 3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 10 scores 4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 00 scores e FINALIZAR A ENTREVISTA.

27. 1.1.O quanto o item 1 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

28. 1.2. A qual domínio o item 1 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

29. 1.3. O quanto a presença do item 1 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

30. 1.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 1(enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 2

O que pode levar algumas mulheres a perderem urina mesmo quando não estão com vontade?			
0 - Não sabe	4 - Cirurgia pélvica	7 - Fraqueza do músculo do assoalho pélvico/ Falta de preparo do períneo	9 - Obesidade
1 - Gravidez/Parto/ Parto Instrumental	5 - Medicação (diurético)	8 - POP (bexiga baixa)	10 - Atividade de levantar peso
2 - Epsiotomia/laceração	6 - Comorbidades (Infecção urinária, DM,HAS)		11- Outros _____
3 - Menopausa/ Envelhecimento			

Instruções para o entrevistador:

1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta
2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante
3. A participante pode citar quantas respostas achar necessário
4. A cada resposta deve estimulá-la questionando: - Algo mais que queira dizer?
5. Caso responda 2 itens ou mais de 1-10, contabiliza-se **10** scores
6. Caso responda somente 1 itens de 1-10, contabiliza-se **05** scores
7. Para resposta "não sabe" ou erradas contabiliza-se **00** scores

31. 2.1. O quanto o item 2 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

32. 2.2. A qual domínio o item 2 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

33. 2.3. O quanto a presença do item 2 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

34. 2.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 2 (enuciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 3

Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade é algo normal do envelhecimento?

1 - Sim 2 - Não

Instruções para o entrevistador:

1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta
2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante
3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 0,0 scores
4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 10 scores

35. 3.1.O quanto o item 3 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

36. 3.2. A qual domínio o item 3 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

37. 3.3. O quanto a presença do item 3 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

38. 3.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 3 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 4

Acha que perder urina mesmo quando não está com vontade é um problema que toda mulher vai enfrentar?

1 - Sim 2 - Não

Instruções para o entrevistador:

1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta
2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante
3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 00 scores
4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 10 scores

39. 4.1. O quanto o item 4 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

40. 4.2. A qual domínio o item 4 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

41. 4.3. O quanto a presença do item 4 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

42. 4.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 4 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 5

Acha que acontece mais com mulheres do que com homens? 1 - Sim 2 - Não	
Instruções para o entrevistador:	
1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta	
2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante	
3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 10 scores	
4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 00 scores	

43. 5.1. O quanto o item 5 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

44. 5.2. A qual domínio o item 5 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

45. 5.3. O quanto a presença do item 5 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

46. 5.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 5 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 6

Você considera que é uma doença?	1 - Sim	2 - Não
Instruções para o entrevistador: 1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta 2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante 3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 10 scores 4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 0,0 scores		

47. 6.1. O quanto item 6 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

48. 6.2. A qual domínio o item 6 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

49. 6.3. O quanto a presença do 6 é relevante item na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

50. 6.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 6 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

Existe algo a ser feito para diminuir as chances de a mulher perder involuntariamente urina?	1 - Sim 2 - Não
Instruções para o entrevistador: 1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta 2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante 3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 10 scores 4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 00 scores e segue para item 09	

51. 7.1. O quanto o item 7 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

52. 7.2. A qual domínio o item 7 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

53. 7.3. O quanto a presença do item 7 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

54. 7.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 7 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 8

Se sim o quê?	
0 - Não sabe	1 - Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2 - Evitar constipação 3 - Manter peso corporal saudável 4 - Evitar levantar peso 5 - Realizar exercício que fortaleça o assoalho pélvico
Instruções para o entrevistador: 1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta 2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante 3. A participante pode citar quantas respostas achar necessário 4. A cada resposta deve estimulá-la questionando: - Algo mais que queira dizer? 5. Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 10 scores 6. Para resposta "não sabe" ou erradas contabiliza-se 00 scores	

55. 8.1. O quanto o item 8 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

56. 8.2. A qual domínio o item 8 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

57. 8.3. O quanto a presença do item 8 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

58. 8.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 8 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 9

Existe tratamento para a perda involuntária de urina? 1 - Sim 2 - Não

Instruções para o entrevistador:

1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta
2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante
3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 10 scores
4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 00 scores e segue para item 11

59. 9.1. O quanto o item 9 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

60. 9.2. A qual domínio o item 9 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

61. 9.3. O quanto a presença do item 9 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente relevante			

62. 9.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 9 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 10

Se SIM, diga qual:				
1 - Não sei	3 - TMAP	5 - Medicamento	7 - Orações	9 - Outros _____
2 - Cirurgia	4 - Pessário	6 - Terapia comportamental	8 - Ervas	
Instruções para o entrevistador:				
1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta				
2. Não devem ser dadas opções de resposta à participante				
3. A participante pode citar quantas respostas achar necessário				
4. A cada resposta deve estimulá-la questionando: - Algo mais que queira dizer?				
5. Caso responda somente o número 2 ou somente um dos números (3,4,5 e 6) contabiliza-se 05 scores				
6. Caso responda somente o número 2 e um dos números (3,4,5 e 6) contabiliza-se 10 scores				
7. Para resposta "não sei", 7, 8 ou erradas contabiliza-se 00 scores				

63. 10.1. O quanto o item 10 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Totalmente			

64. 10.2. A qual domínio o item 10 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

65. 10.3. O quanto a presença do item 10 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
---	---	---	---

66. 10.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 10 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 11

O quanto você se sente à vontade para falar sobre esse assunto com profissional de saúde – perda involuntária de urina?

1 - Nada à vontade 2 - Pouco à vontade 3 - Muito à vontade

Instruções para o entrevistador:

1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu
2. Leia as opções de respostas e aguarde
3. Contabiliza-se para a opção de resposta 01 – 00 scores
para a opção de resposta 02 – 10 scores
para a opção de resposta 03 – 20 scores

67. 11.1. O quanto o item 11 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

68. 11.2. A qual domínio o item 11 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

69. 11.3. O quanto a presença do item 11 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

70. 11.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 11 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

O quanto de constrangimento sentiria em conversar sobre IU com seu parceiro?	
1 – Muito constrangida 2 – Pouco constrangida 3 – Nenhum constrangimento	
Instruções para o entrevistador: 1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu 2. Leia as opções de respostas e aguarde 3. Contabiliza-se para a opção de resposta 01 – 00 scores para a opção de resposta 02 – 5,0 scores para a opção de resposta 03 – 10 scores	

71. 12.1. O quanto o item 12 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

72. 12.2. A qual domínio o item 12 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

73. 12.3. O quanto a presença do item 12 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

74. 12.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 12 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 13

O quanto de constrangimento sentiria em conversar sobre IU com seu familiar ou amigos?	
1 – Muito constrangida 2 – Pouco constrangida 3 – Nenhum constrangimento	
Instruções para o entrevistador: 1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu 2. Leia as opções de respostas e aguarde 3. Contabiliza-se para a opção de resposta 01 – 00 scores para a opção de resposta 02 – 05 scores para a opção de resposta 03 – 10 scores	

75. 13.1. O quanto o item 13 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
---	---	---	---

76. 13.2. A qual domínio o item 13 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

77. 13.3. O quanto a presença do item 13 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

78. 13.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 13 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 14

Conversaria sobre IU com profissional do sexo masculino?

1 – Sim 2 – Não. Por que?

Instruções para o entrevistador:

1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu
2. Leia as opções de respostas e aguarde
3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 20 scores
4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 00 scores
5. Quando a resposta for "Não" estimule a participante a justificar questionando "por que?"

79. 14.1. O quanto o item 14 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

80. 14.2. A qual domínio o item 14 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

81. 14.3. O quanto a presença do item 14 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

82. 14.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 14 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 15

Você acha que o pré-natal pode ser um momento para conversar com um profissional sobre formas de evitar a perda involuntária de urina?

1 – Sim 2 - Não

Instruções para o entrevistador:

1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu
2. Leia as opções de respostas e aguarde
3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 15 scores
4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 00 scores

83. 15.1 O quanto o item 15 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

84. 15.2. A qual domínio o item 15 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

85. 15.3. O quanto a presença do item 15 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

86. 15.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 15 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

Mesmo que a mulher não tenha nenhuma perda de urina deve buscar ajuda profissional para evitá-la? 1 – Sim 2 – Não	
Instruções para o entrevistador: 1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu 2. Leia as opções de respostas e aguarde 3. Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 10 scores 4. Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 scores	

87. 16.1 O quanto este o item 16 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

88. 16.2. A qual domínio o item 16 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

89. 16.3.O quanto a presença do item 16 na escala é relevante? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

90. 16.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 16 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 17

Mesmo que a mulher tenha uma pequena perda de urina deve buscar ajuda profissional para tratá-la? 1 – Sim 2 – Não	
Instruções para o entrevistador: 1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu 2. Leia as opções de respostas e aguarde 3. Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 10 scores 4. Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 scores	

91. 17.1 O quanto este o item 17 parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
---	---	---	---

92. 17.2. A qual domínio o item 17 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

93. 17.3. O quanto a presença do item 17 na escala é relevante? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

94. 17.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 17 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 18

Caso a mulher tenha uma grande perda de urina deve buscar ajuda profissional para tratá-la?

1 – Sim 2 – Não

Instruções para o entrevistador:

1. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu
2. Leia as opções de respostas e aguarde
3. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 05 scores
4. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 00 scores

95. 18.1. O quanto este o item 18 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

96. 18.2. A qual domínio o item 18 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

97. 18.3. O quanto a presença do item 18 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
---	---	---	---

98. 18.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 18 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 19

Já perguntou a algum profissional o que fazer para prevenir a perda involuntária de urina

1 – Sim 2 - Não

Instrução ao entrevistador:

1. Este item é destinado apenas para mulheres com continência preservada
2. Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu
3. Leia as opções de respostas e aguarde
4. Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se **25** scores
5. Quando a resposta for "Não" contabiliza-se **00** scores

99. 19.1. O quanto este o item 19 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

100. 19.2. A qual domínio o item 19 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

101. 19.3. O quanto a presença do item 19 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

102. 19.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 19 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

Realiza alguma medida de prevenção de perda involuntária de urina? 1 - Sim 2 - Não Este item tem o objetivo de guiar o entrevistador para o item seguinte em caso de resposta "Sim"		
Se sim qual ou quais:		
0 - Não sabe	1 - Evitar reter urina/Urinar em intervalos de poucas horas 2 - Evitar constipação	3 - Manter peso corporal saudável 4 - Evitar levantar peso 5 - Realizar exercício que fortaleça o assoalho pélvico Outros: _____
Instruções ao entrevistador: <ol style="list-style-type: none"> Este item é destinado apenas para mulheres com <u>continência preservada</u> Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta Não deve ser dado opções de resposta à participante A participante pode citar quantas respostas achar necessário A cada resposta deve estimulá-la questionando: - Algo mais que queira dizer? Caso responda qualquer um dos itens de 1-5, contabiliza-se 25 scores Para resposta "não sabe" ou erradas contabiliza-se 00 scores Para resposta "não" no item anterior contabiliza-se 00 scores 		

103. 20.1. O quanto este o item 20 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

104. 20.2. A qual domínio o item 20 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
☐ Atitude
☐ Prática

105. 20.3. O quanto a presença do item 20 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

106. 20.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 20 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 21

Já buscou ajuda para tratar a perda involuntária de urina? 1 - Sim 2 - Não. Por que?
Instruções ao entrevistador: <ol style="list-style-type: none"> Este item é destinado apenas para mulheres com <u>incontinência urinária</u> Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu Leia as opções de respostas e aguarde Quando a resposta foi "Sim" contabiliza-se 10 scores Quando a resposta for "Não" contabiliza-se 00 scores

107. 21.1. O quanto este o item 21 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

108. 21.2. A qual domínio o item 21 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

109. 21.3. O quanto a presença do item 21 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

110. 21.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 21 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 22

<p>Se sim, quem você buscou?</p> <p>1 - Enfermeira 2 - Médico 3 - Fisioterapeuta 4 - Outro profissional da saúde 5 - Leigos</p>	
<p>Instruções ao entrevistador:</p> <ol style="list-style-type: none"> Este item é destinado apenas para mulheres com incontinência urinária Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta Não deve ser dado opções de resposta à participante Para resposta 1, 2, 3 e 4 contabiliza-se 20 scores Para resposta 5 contabiliza-se 0,0 scores 	

111. 22.1. O quanto este o item 22 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

112. 22.2. A qual domínio o item 22 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

113. 22.3. O quanto a presença do item 22 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada relevante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente relevante

114. 22.4. Se desejar, registre seus comentários referente ao item 22 (enunciado, opções de resposta, exclusão, inclusão).

ITEM 23

<p>Se SIM, qual a orientação dada?</p> <p>0 – Nada 1 - TMAP 2 - Terapia comportamental 3 - Pessario 4 – Cirurgia 5 – outra</p> <p>Este item tem o objetivo de guiar o entrevistador para o item seguinte em caso de resposta: 1,3,4</p>	
<p>Você realiza? 1 - Sim 2 - Não</p> <p>Instruções ao entrevistador:</p> <ol style="list-style-type: none"> Este item é destinado apenas às mulheres com <u>incontinência urinária</u> Leia a questão de forma pausada, certifique-se de que a participante entendeu e aguarde a resposta Não deve ser dado opções de resposta à participante Quando a resposta foi “Sim” contabiliza-se 20 scores Quando a resposta for “Não” contabiliza-se 00 scores 	

115. 23.1. O quanto este o item 23 lhe parece claro e compreensível? *

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

116. 23.2. A qual domínio o item 23 se refere? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Conhecimento
- ☐ Atitude
- ☐ Prática

117. 23.3. O quanto a presença do 23 é relevante na escala? *

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4
---	---	---	---

APENDICE G
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Público alvo

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa de construção e validação de questionário sobre avaliação do conhecimento, da atitude e da prática sobre incontinência urinária. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: Eu, Mariana Luisa Veras Firmiano, estou realizando uma pesquisa que tem o objetivo fim promover a continência urinária (evitar a perda involuntária de urina) em mulheres após o parto. Nesta fase da pesquisa estamos construindo e validando o questionário de coleta de dados para avaliar o conhecimento, atitude e a prática. Os motivos que nos levam a estudar a incontinência urinária (perda involuntária de urina) são as grandes alterações causadas na vida da mulher devido à perda de urina. Dessa forma, convido a senhora a participar da pesquisa como avaliadora na etapa de validação.

A sua colaboração acontecerá respondendo a algumas perguntas sobre: (1) dados sócio demográfico; (2) história relacionada a saúde reprodutiva, como por exemplo, número de gestações, partos, tipos de parto e outras situações de saúde; (3) presença de queixas urinárias e (4) sobre seu conhecimento e comportamento sobre incontinência urinária. Posteriormente, você deve avaliar se as perguntas do questionário lhe parecem claras e compreensíveis. A coleta dos dados será feita uma única vez, enquanto você estiver internada na maternidade e poderá durar em média de 10 a 20 minutos.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto e risco mínimo para você que aceitar a participar da pesquisa, pois as perguntas pedirão a você informações de fórum íntimo como suas experiências com perda de urina. Contudo, o estudo questionário contribuirá com a investigação, o que trará benefícios as mulheres susceptíveis a incontinência urinária.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para não participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados do questionário permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos ou danos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira por participação na pesquisa.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. O(a) pesquisado(a) _____ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com as pesquisadoras:

- Mariana Luisa Veras Firmiano. -Departamento de Enfermagem - UFC. Rua Alexandre Baraúna, Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE. Telefone (88) 999433750. E-mail: mariana-luisa@hotmail.com.

- Camila Teixeira Moreira Vasconcelos - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8462). E-mail: camilamoreiravasco@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Rua Cel Nunes de Melo S/n, Rodolfo Teófilo, Telefone: 3366.8569

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa.

Fortaleza, ____/____/____

_____ Nome do participante da pesquisa	_____ Assinatura	Data: ____/____/____
_____ Nome do pesquisador	_____ Assinatura	Data: ____/____/____
_____ Nome da testemunha	_____ Assinatura	Data: ____/____/____
_____ Nome do profissional que aplicou o termo	_____ Assinatura	Data: ____/____/____

TERMO DE ASSENTIMENTO

Eu, Mariana Luisa Veras Firmiano, estou realizando uma pesquisa que tem o objetivo fim promover a continência urinária (evitar a perda involuntária de urina) em mulheres após o parto. Nesta fase da pesquisa estamos construindo e validando o questionário de coleta de dados para avaliar o conhecimento, atitude e a prática. Os motivos que nos levam a estudar a incontinência urinária (perda involuntária de urina) são as grandes alterações causadas na vida da mulher devido à perda de urina. Dessa forma, convido a senhora a participar da pesquisa como avaliadora na etapa de validação.

A sua colaboração acontecerá respondendo a algumas perguntas sobre: (1) dados sócio demográfico; (2) história relacionada a saúde reprodutiva, como por exemplo, número de gestações, partos, tipos de parto e outras situações de saúde; (3) presença de queixas urinárias e (4) sobre seu conhecimento e comportamento sobre incontinência urinária. Posteriormente, você deve avaliar se as perguntas do questionário lhe parecem claras e compreensíveis. A coleta dos dados será feita uma única vez, enquanto você estiver internada na maternidade e poderá durar em média de 10 a 20 minutos.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, ler, ou preencher algum questionário. Apesar disso, você tem assegurado o direito de assistência integral à sua saúde no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Em caso de dúvidas poderá entrar em contato com as pesquisadoras:

- Mariana Luisa Veras Firmiano. -Departamento de Enfermagem - UFC. Rua Alexandre Baraúna, Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE. Telefone (88) 999433750. E-mail: mariana-luisa@hotmail.com.

- Camila Teixeira Moreira Vasconcelos - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8462). E-mail: camilamoreiravasco@gmail.com

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Rua Cel Nunes de Melo S/n, Rodolfo Teófilo, Telefone: 3366.8569

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de

participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____/____/____

_____ Nome do participante da pesquisa	_____ Assinatura	Data: ____/____/____
_____ Nome do responsável	_____ Assinatura	Data: ____/____/____
_____ Nome da pesquisadora	_____ Assinatura	Data: ____/____/____
_____ Nome do profissional que aplicou o termo	_____ Assinatura	Data: ____/____/____

ANEXOS

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO, ATITUDE E PRÁTICA DE GESTANTES SOBRE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Pesquisador: MARIANA LUIZA VERAS FIRMIANO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82395618.5.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.510.984

Apresentação do Projeto:

O projeto "Conhecimento, Atitude e Prática de Gestantes sobre Incontinência Urinária" de responsabilidade de Mariana Luisa Veras Firmiano está muito bem elaborado seguindo as normas de pesquisa em anima nobili.

Levando em conta que medidas preventivas têm se mostrado eficazes e estão relacionadas às adequações do estilo de vida, com destaque para manutenção adequada do peso, evitar constipação e a realização de exercícios para fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, o estudo visa construir e validar um instrumento de avaliação do Conhecimento, da Atitude e da Prática de gestantes sobre IU. Para tanto, os itens elaborados serão submetidos a cinco juizes experts que verificarão a clareza da linguagem, a relevância teórica e a pertinência prática de cada item. A avaliação semântica será realizada por trinta gestantes e puérperas. Após realização dos testes de Coeficiente de Validação de Conteúdo (CVC) e as alterações sugeridas pelos participantes, o instrumento será aplicado ao público alvo, quando serão avaliadas a dimensionalidade, estabilidade e homogeneidade do instrumento proposto. A amostra será calculada a partir da quantidade de itens do questionário. Para cada item do questionário serão 10 participantes, não podendo ser uma amostra inferior a 200 participantes. A fim de verificar a confiabilidade do instrumento e para demonstrar a estabilidade do mesmo será aplicada a técnica do teste-reteste, quando respostas da segunda abordagem devem ser semelhantes às primeiras. Portanto, além da entrevista inicial das gestantes, o instrumento deverá ser aplicado as mesmas participantes dois

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.435-370

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8669

Fax: (85)3366-8608

E-mail: cepmeac@gmail.com

**UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.510.884

dias após o 1º teste. Este re-teste poderá ser aplicado por telefone para as mulheres que não se encontrarem mais internadas.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e validar uma escala de avaliação do Conhecimento, da Atitude e da Prática sobre Incontinência Urinária (IU).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não evidenciamos maiores riscos além do constrangimento da cliente ao responder perguntas que versam sobre a sua intimidade, e os benefícios se baseiam no fato de que a Avaliação do Conhecimento, da Atitude e da Prática sobre IU entre gestantes e puérperas contribuirá para a solução deste problema tão prevalente entre gestantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ainda é observado o equívoco de que a IU é parte inevitável do envelhecimento e do gênero feminino, o que implica em não reconhecer a possibilidade de prevenção e tratamento, impactando de forma negativa na decisão de procura de cuidados de saúde para este fim. O presente estudo oferecerá à comunidade científica a possibilidade de compreender as percepções e formas de enfrentamento da IU.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apesar de todos os termos de apresentação obrigatória estarem incluídos, será necessário que a pesquisadora acrescente a informação sobre o re-teste no TCLE.

Recomendações:

Recomenda-se a modificação no TCLE das gestantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a modificação no TCLE das gestantes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando que a observação relacionada ao TCLE não tem implicações éticas, o colegiado concorda com a aprovação do projeto desde que observada a recomendação do relator. Recomenda-se a modificação no TCLE das gestantes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	24/01/2018		Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.435-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-6609 Fax: (85)3366-6628 E-mail: cepmesc@gmail.com

**UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.510.904

Básicas do Projeto	ETO_1061653.pdf	15:48:28		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	24/01/2018 15:48:04	MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO	Acelto
Declaração de Pesquisadores	AUTORES.pdf	24/01/2018 15:43:35	MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CIENCIA.pdf	24/01/2018 15:43:14	MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO	Acelto
Folha de Rosto	FR.pdf	24/01/2018 15:42:55	MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.jpg	24/01/2018 15:42:41	MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MARIANA.doc	15/01/2018 09:47:07	MARIANA LUISA VERAS FIRMIANO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 24 de Fevereiro de 2018

Assinado por:

**Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)**

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8869

Fax: (85)3366-8526

E-mail: cepmeac@gmail.com